Nr. 4. 15 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Józef Hornowski. Warszawa.

Przyczynek do podziału nowotworów wedle ich pochodzenia z listków zarodkowych.

Z Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego

W pracy mojej, pod tytułem «Rola listków zarodkowych w klasyfikacji nowotworów« (Zeszyt prac z Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego r. 1921) podnosiłem, iż sprawa klasyfikacji nowotworów musi być zrewidowana i oparta na pochodzeniu ich z tego lub innego listka zarodkowego.

Jako dowód przytoczyłem cały szereg własnych spostrzeżeń, oraz spostrzeżeń Kolegów Asystentów Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, które wykazywały, jak mało można polegać na morfologji komórki i obrazach mikroskopowych przy rozpoznawaniu nowotworów.

W myśl tego zaproponowałem podział nowotworów na: *ektodermomata, entodermomata, mesodermomata i mesenchymomata*, tem bardziej, iż badacze, opierający się na dzisiejszej klasyfikacji, z chwilą, gdy nie mogą wybrnąć z trudności zaliczenia pewnego nowotworu do raków lub mięsaków, szukają również dróg nowych, uwzględniając w głównej mierze pochodzenie nowotworu z tego lub innego listka zarodkowego.

W tejże pracy wysunąłem pewne cechy charakterystyczne dla poszczególnych, a proponowanych przezemnie grup nowotworowych.

Tak więc dla grupy *mesodermomata* uważam za najbardziej charakterystyczne:

1. brak zupełny tkanki łącznej podścieliskowej,
2. wielopostaciowość komórek,
3 przyjmowanie przez komórki bądź cech komórek łącznotkankowych, bądź nabłonkowych.

Do tych cech charakterystycznych mogę dodać obecnie jeszcze jedną, którą wiążę z badaniami Lamberta i Hanesa z roku 1912 nad wzrostem nowotworów na pożywkach sztucznych.

Wedle tych badaczów komórki nowotworów złośliwych posiadają samoistne ruchy pełzakowe, przyczem komórki rakowe pełzają grupami, zaś mięsaków oddzielnie każda komórka

Należałoby się spodziewać, iż *mesodermomata*, które, w myśl moich wywodów, stoją na granicy nowotworów nabłonkowych a łącznotkankowych, mogą posiadać wzrost i ruchy pełzające zarówno komórek oddzielnych, jak też ich grup.

Niestety do czasu, gdym pisał pracę poprzednią, poszukiwania moje w tym kierunku nie dały wyników, dlatego też nie wspomniałem nawet o tem przypuszczeniu.

Trudność badań tych polega na tem, iż:

1. bądź nader rzadko możemy spotkać *mesodermomata* w początkowych okresach ich rozwoju,

2. bądź też trudno nawet na obwodzie większych nowotworów wyszukać takie miejsce, w którem byłyby, jak gdyby pierwsze próby nowotworu, przenikania do tkanek.

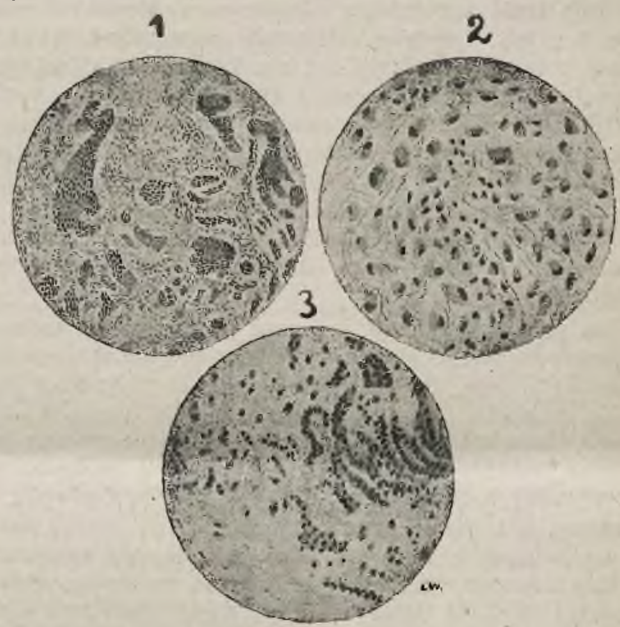
Znalezienie więc odpowiedniego miejsca może być uzależnione tylko od przypadku, w związku jednak z ciągłem poszukiwaniem odpowiednich obrazów. W ostatnich tygodniach poszukiwania moje zostały uwieńczone wynikiem, potwierdzającym moje przypuszczenia.

W preparatach raków istotnych, tj. *ectodermomata i entodermomata maligna* znaleźć miejsca takie nie trudno; jeden z takich preparatów przedstawiam na rysunku 1.

Przypadkowo w zaczynającym się mięsaku, który makroskopowo przedstawiał się jako guzek wielkości główki od szpilki, stwierdziłem typową budowę dla mięsaka okrągło-wielko-komórkowego, zaś w obwodzie znalazłem obrazy, które przedstawiam na rysunku 2. Widzimy tu, iż komórki nowotworowe wrastają do tkanki zupełnie oddzielnie, rozproszone, jak śruciny wystrzelone z daleka.

Obraz ten przemawiałby, na materjale ludzkim, za spostrzeżeniami Lamberta i Hanesa o wzroście mięsaków — mezenchymomatów na pożywkach sztucznych oddzielnemi komórkami.

Wreszcie w dwu preparatach, jednym, gdzie, według dzisiejszej klasyfikacji, należało rozpoznać zaczynającego się raka macicy, który właściwie jest mezodermomatem z pochodzenia, drugi w preparacie nowotworu z jajnika, co do którego trudno się było zorjentować, czy jest to rak, czy mięsak, a który również może być tylko mezodermomatem, znalazłem obrazy, które przedstawiam na rysunku 3, wziętym z «raka« macicy.



Widzimy tu bardzo wyraźnie, iż komórki nowotworowe wrastają do tkanki i oddzielnie i grupami.

Zatem będzie to czwarta cecha charakterystyczna i odróżniająca *mesodermomata* od innych grup nowotworowych. Czasami może się nam udać stwierdzić ją, szczególniej, jeżeli obrazów takich będziemy poszukiwać bądź na obwodzie nowotworu, bądź nawet w tkance sąsiedniej, makroskopowo jeszcze niezmienionej.

Jeszcze jedna uwaga, stojąca w związku z pracami Lamberta i Hanesa. Jeżeli komórki nowotworowe posiadają ruchy pełzakowe, to czy nie mogą one przechodzić przez ścianę naczyń względnie nieuszkodzonych w odwrotnym do leukocytów kierunku? Czy nie objaśniałoby nam to najczęstszych, zwykłych dróg szerzenia się raków (*ectodermomata i entodermomata*), nowotworów nabłonkowych, drogą naczyń limfatycznych, zaś mięsaków (*mesenchymomata*), nowotworów łącznotkankowych, drogą naczyń krwionośnych?

Raki szerzą się przez grupowe pełzanie komórek, którym trudno przeniknąć do naczyń bez ich uszkodzenia, łatwiej im jednak przenikać do naczyń limfatycznych, które bezpośrednio komunikują z przestrzeniami międzytkankowemi, w których się rak rozwija, stąd też szerzenie się raków głównie drogą naczyń limfatycznych.

Natomiast mięsaki szerzą się drogą naczyń krwionośnych dlatego, iż pojedyńcze ich komórki, pełzając, przechodzić mogą przez ścianę drobnych naczyń włosowatych krwionośnych, lub nawet większych naczyniek. Wreszcie *mesodermomata*, jak to w pracy swej już podnosił Czarnocki (»O nowotworach ze środkowego listka zarodkowego«. Zeszyt prac z Zakł. Anat. patol. U. W. r. 1921) szerzą się równo-

cześnie i drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych, co stać może w związku z pełzaniem ich komórek oddzielnie i grupami.

Dr. Karol Rozenfeld. Częstochowa.

Grypa hiszpańska i gruźlica płuc.

Od dawna w piśmiennictwie lekarskiem utarło się zdanie, że grypa nagabuje przeważnie słabe, mniej odporne narządy ustroju, że jest ona chorobą, szczególnie usposabiającą do rozwoju suchot. Biegański [1]) mówi, że grypa wpływa najczęściej fatalnie na istniejącą poprzednio gruźlicę, że sprawy przewlekłe, wygasłe lub zatrzymane w rozwoju, po przebyciu grypy wybuchają w postaci ostrej i często kończą się śmiercią. Sokołowski [2]) przyznaje, że ciężkie postacie grypy pogarszają wybitnie stan suchotników i powodują nieraz szybki rozwój sprawy, jednakże występuje przeciw zbyt krańcowym poglądom i zastrzega, że u ludzi zdrowych grypa, nawet najcięższa, rzadko kiedy wywołuje gruźlicę.

Pogląd Biegańskiego i Sokołowskiego, zgodny ze zdaniem większości lekarzy praktyków, zdawał się wyczerpywać całą treść zagadnienia, dotyczącego stosunku między gruźlicą i grypą, i sprawę ostatecznie rozstrzygać. Atoli pod wpływem ostatniej pandemji tak zw. hiszpanki, której grozę przeżywał niedawno świat cały i którą słusznie czy niesłusznie większość autorów utożsamia z grypą, zagadnienie to, poniekąd już zapomniane, wypływa znowu na widownię i staje się przedmiotem dyskusji. Zanim rozpatrzę najważniejsze głosy, poświęcone tej sprawie zagranicą, pozwolę sobie opisać w krótkości wrażenia osobiste, oparte na spostrzeżeniach z przebiegu epidemji grypy hiszpańskiej w Częstochowie w 1918|19 r.

Już podczas epidemji jesiennej 1918 r., którą cechowały najcięższe powikłania płucne i wielka śmiertelność, zwracało powszechną uwagę, że głównie ofiarą choroby byli ludzie młodzi, poniżej lat 20—25, przeważnie dotychczas zdrowi. Złośliwe, piorunujące postacie zapalenia płuc i oskrzelików zdarzały się często u osób, które nie miały wyraźnych chorób organicznych i które z powodu swojej budowy, odżywienia, wyglądu uchodziły w oczach rodziny i lekarzy domowych za okazy zdrowia. Ileż razy na naradach lekarskich zdarzało mi się słyszeć zdanie, że chory, walczący ze śmiercią na 3—4 dzień choroby, nigdy przedtem nie zasięgał porady lekarza. I odwrotnie, czasami osoby szczupłe, wątłe, nawet chorowite, znosiły doskonale chorobę i nieraz z bardzo ciężkich epidemji rodzinnych wychodziły zwycięsko. Spostrzeganie przebiegu epidemji w wielu rodzinach gruźliczych utwierdziło mnie w przekonaniu, że wbrew utartym pojęciom o mniejszej odporności narządów słabych, anatomicznie zmienionych, suchotnicy nie tylko nie okazywali szczególnej skłonności do zapadania na grypę hiszpańską, ale przeciwnie chorowali rzadziej od ludzi zdrowych i ciężkie powikłania płucne były wśród nich rzadkością. Zdarzały się przypadki, że, kiedy cała prawie rodzina leżała pokotem, suchotnicy mimo ciągłej styczności z chorymi i oddawania im wszelkich posług, nie zarażali się wcale. Chociaż fakty czerpane z praktyki prywatnej trudno ująć w ramy ścisłych obliczeń, miałem wrażenie, że im więcej była posunięta w rozwoju gruźlica, im większe zmiany anatomiczne w płucach, tem rzadziej występowała grypa hiszpańska i jej powikłania. Charakterystyczne, że z pośród kilkudziesięciu suchotników, znajdujących się stale pod moją opieką, nie straciłem na grypę ani jednego chorego w drugim i trzecim okresie choroby. W czasie dwuletniej epidemji spostrzegałem 37 przypadków ciężkiej grypy, powikłanej zapaleniem płuc i oskrzelików, z których 21 skończyło się śmiercią. Otóż w liczbie tej było tylko 5 osób z gruźlicą pierwszego stopnia, czasowo powstrzymaną w rozwoju.

W jednym przypadku panna lat 22, nie gorączkująca od roku, w okresie znacznej poprawy ogólnej zapadła na obustronne zapalenie płuc i oskrzelików i zmarła w piątym dniu choroby, wśród objawów ciężkiej posocznicy. Siostra jej i szwagier ze zmianami gruźliczemi, rozwiniętemi w stopniu znacznie większym, nie ulegli wcale zakażeniu, chociaż znajdowali się stale przy łóżku chorej i spełniali wszystkie niezbędne czynności.

W drugim przypadku mężczyzna lat 30 ze stwardnieniem prawego szczytu i rzężeniami po kaszlu, w okresie bezgorączkowym zapadł na zapalenie płuc, po którem nie wrócił do zdrowia. Gorączka i objawy nacieku dolnej części płuca trwały bardzo długo. Powoli w szczycie prawym zaczęły ukazywać się objawy rozpadu, wystąpiła uporczywa biegunka, wytworzyła się przetoka stolcowa i chory zmarł po 9 miesiącach od czasu grypy.

W mojej praktyce był to jedyny przypadek śmierci z gruźlicy, która rozwinęła się w sposób ostry w następstwie zapalenia płuc grypowego. Inni domownicy chorowali w stopniu nieco lżejszym; żona chorego z gruźlicą rozwiniętą, czynną, pozostała od wszelkiego zakażenia wolną. Sądzę nawet, że jej cierpienie płucne mogło się przyczynić do wybuchu ostrej gruźlicy u męża.

W trzech innych przypadkach, w których przeważały zmiany włókniste, zapalenie płuc miało przebieg dosyć burzliwy i okres zdrowienia trwał kilka tygodni. Wreszcie zmiany zapalne w płucach rozeszły się całkowicie, w starych ogniskach nie stwierdzono wcale pogorszenia i stan tych osób do dziś dnia jest zupełnie dobry. U jednej z nich po roku wystąpiło małe krwioplucie, które przeszło bez śladu.

Przypadki te dowodzą, że u niektórych osobników z gruźlicą przewlekłą nawet ciężkie postacie zapalenia płuc mogły przebiegać bezkarnie dla sprawy gruźliczej. W tych razach możliwe są błędy rozpoznawcze. Zmiany, pozostałe po zapaleniu, trwając tygodniami, wobec gorączki i współistnienia starych ognisk szczytowych, budziły czasami podejrzenie świeżej sprawy gruźliczej. Jedna chora z powodu obszernego stłumienia i rzężeń była skierowana do Rudki w czwartym miesiącu choroby z rozpoznaniem gruźlicy, a tymczasem niepokojące objawy fizyczne po kilku tygodniach ustąpiły prawie zupełnie. W takich przypadkach za pozostałościami grypy hiszpańskiej przemawia charakterystyczne usadowienie sprawy zapalnej w dolnej części płuca oraz brak laseczników gruźliczych w plwocinie.

Uważam za konieczne podkreślić, że wśród wymienionych wyżej 37 przypadków ciężkiego zapalenia płuc nie było ani jednego chorego z gruźlicą czynną, więcej posuniętą w rozwoju. Trudno upatrywać w tem tylko szczególny zbieg okoliczności. Jeśli fakt ten będziemy rozpatrywać nie w oderwaniu, ale w związku z innemi danemi epidemjologicznemi, jeżeli zastanowimy się nad przebiegiem epidemji w większych środowiskach gruźliczych, mimowoli nasunie się wniosek, że zmiany gruźlicze płuc stanowiły pewnego rodzaju tamę dla ciężkich i złośliwych powikłań grypy hiszpańskiej.

Podczas najzjadliwszych okresów epidemji 1918 roku grypa występowała u suchotników bardzo rzadko i przybierała najczęściej postać łagodną i lekką. Najważniejszem powikłaniem był nieżyt oskrzeli ze świstami lub rzężeniami wilgotnemi, który po krótszym lub dłuższym czasie ustępował bez śladu i nie wywierał widocznego wpływu na sprawę gruźliczą. Tę postać grypy spostrzegałem u 6 osób z przewlekłą gruźlicą pierwszego i drugiego stopnia. Olbrzymia większość moich prywatnych chorych była wolną zupełnie od grypy. Oczywiście przypadki lekkie z powodów zrozumiałych były niedostępne dla kontroli lekarskiej, nie mogło więc być mowy o prawidłowej rejestracji chorych i porównawczem określeniu częstości tej sprawy u suchotników i zdrowych. W dodatku spostrzeganie dorywcze utrudniało ściśle rozpoznanie. Czasami jakieś małe poruszenie gorączkowe, bliżej nieokreślone albo zależne od sprawy gruźliczej budziło podejrzenie »hiszpanki«, a dalszy samoistny rozwój cierpienia płucnego niesłusznie był uważany za jej bezpośrednie następstwo. To też w ocenie stosunku między grypą hiszpańską i gruźlicą płuc z powodu możliwych błędów rozpoznawczych trzeba zachować niemałą ostrożność.

Wrażenia moje, skreślone tutaj zaledwie w zarysie ogólnym, tak dalece odbiegają od utartych pojęć o stosunku między gruźlicą i grypą, że, chcąc sprawdzić ich słuszność i wyłączyć pierwiastek przypadkowości, wystosowałem odpowiedni kwestjonarjusz do kilku kolegów miejscowych. Wiadomości, dostarczone mi przez kol. E. Kohna, Stawnickiego, Szaniawskiego i Wasilewskiego, potwierdzają w zasadniczych punktach wyniki moich spostrzeżeń. Wśród 60 przypadków zapalenia płuc i oskrzelików, które skończyły

się śmiercią, nie było ani jednego suchotnika z gruźlicą otwartą, więcej rozwiniętą. Zanotowano kilka przypadków obustronnego zapalenia płuc u osobników, gorączkujących poprzednio, z większemi lub mniejszemi zmianami płucnemi, ale choroba zawsze kończyła się pomyślnie i pozostawała bez wpływu na dalszy przebieg gruźlicy. Spostrzegano również kilka przypadków lekkiej grypy bez żadnych powikłań. Bardzo ciekawe spostrzeżenie zakomunikował mi lekarz naczelny szpitala żydowskiego kolega Batawia. W szpitalu tym, liczącym 80 łóżek, suchotnicy w liczbie 40 zajmują pierwsze piętro, reszta chorych mieści się na parterze. W czasie epidemji 1918 r., kiedy grypa hiszpańska grasowała na oddziale chorób wewnętrznych i z powodu powikłań płucnych zabrała 4 ofiary, wśród suchotników nie stwierdzono ani jednego przypadku tej choroby.

Dzięki uprzejmości kol. Dobrowolskiego, zarządzającego obecnie sanatorjum dla chorych piersiowych w Rudce, mogę przytoczyć najważniejsze fakty z przebiegu epidemji wśród chorych Zakładu. W okresie od września do końca grudnia 1918 r. było w Sanatorjum 95 chorych. W czasie tym zanotowano tylko 2 przypadki grypy hiszpańskiej: jeden u chorego ze sprawą gruźliczą o charakterze zapalenia odoskrzelowego w okresie trzecim, drugi, u chorego ze sprawą włóknistą w okresie drugim. Obydwa przypadki skończyły się pomyślnie i chorzy opuścili Zakład z poprawą ogólną i miejscową. W czasie epidemji zimowej 19|20 r. wśród chorych zakładu nie było ani jednego przypadku grypy.

D. n.

Dr. Maksymiljan Blassberg. Kraków.

Uwagi nad objawem Dra Motyki w durze osutkowym.

W roku 1919 opisał lekarz krakowski Dr. Ludwik Motyka (Przegląd lekarski 1919. Nr. 4). charakterystyczny objaw skórny, występujący w początkowych okresach wysypki w durze osutkowym. Po dość silnem uciśnięciu plamki opuszką palca, plamka nie znika pod uciskiem, a otoczenie plamki przez czas trwania ucisku bieleje. Po chwili skóra wraca do pierwotnego stanu, wszelako przy dalszej obserwacji tego samego miejsca zauważa się, że po upływie $1/2$ do 1 minuty pierwotnie zbielałe miejsce na nowo staje się białe, a zbielenie to zatacza nieraz coraz szersze kręgi, dochodząc do wielkości srebrnej austrjackiej jednokoronówki, a czasem nawet dwukoronówki. Przyczyn powstawania tego objawu Motyka nie rozpatruje.

Śledząc w licznych przypadkach duru osutkowego, podczas panującej wówczas epidemji, za tym objawem, przekonałem się, że zjawisko to istotnie bardzo wyraźnie i prawie stale występuje, tak, iż objaw ten stanowi, mojem zdaniem, faktyczne cenne wzbogacenie naszego dotychczasowego arsenału rozpoznawczego w durze osutkowym.

Zastanawiając się nad patogenezą tego objawu, dochodzi się do przekonania, że wchodzić tu musi w grę nieprawidłowy stan skurczowy drobnych naczyń krwionośnych skóry, związany ze szczególnemi warunkami, zachodzącemi w durze osutkowym. Jak wiadomo, zachodzą w drobnych naczyniach krwionośnych w przebiegu duru osutkowego swoiste zmiany chorobowe, opisane poraz pierwszy przez Eugenjusza Fränkla, a polegające na bujaniu komórkowem w zewnętrznej błonie tętniczki i tworzeniu się nacieków, które mogą się zlewać i mogą uciskać lub nawet zupełnie zaciskać światło naczynia. Równocześnie śródbłonki błony wewnętrznej naczynia pęcnieją i ulegają rozpadowi, a niekiedy powstaje na pewnej przestrzeni martwica błony wewnętrznej. Otoż, jak wynika z badań Erba, Potaine'a, Romberga i Ortnera, pod wpływem bodźców, działających na chorobowo zmienione naczynia, powstaje nieprawidłowe nadmierne podrażnienie nerwów zwężających i czynny skurcz naczyń, do którego już chorobowo zmieniona ściana naczyniowa sama przez się usposabia. W następstwie takiego skurczu może powstać bezwzględne miejscowe niedokrwienie (*ishaemia*), połączone z silnem zblednięciem danej okolicy ciała. Zdaniem niektórych autorów (Fleisch), czynnikiem działającym pobudzająco w takich przypadkach jest miejscowe nagromadzenie kwasu węglowego, względnie brak tlenu w tkance dokoła naczyniowej.

W sposób powyżej opisany tłumaczą przytoczeni autorowie kurcz naczyń przy chromaniu przestankowem czyli kuleniu przerywanem (*claudicatio intermittens*) w przebiegu stwardnienia tętnic. W tych przypadkach pod wpływem czynności mięśni powstaje bodziec, który działa na zmienione naczynia i pociąga za sobą czynny skurcz naczynia, a nadto ból ischemiczny, zniknięcie tętnienia w stopie, uczucie zimna oraz widoczne niedokrwienie, połączone z trupio bladą barwą odśrodkowego odcinka kończyny (Ortner). Także i przy dusznicy bolesnej przypuszczają niektórzy autorowie (Neusser) nieprawidłowy skurcz naczyniowy, powstający w naczyniach chorobowo zmienionych.

Główną różnicę w tych zjawiskach analogicznych stanowiłby w takim razie charakter zmian naczyniowych, które w stwardnieniu tętnic są przewlekłe i trwałe, a nieprawidłowy kurcz naczyniowy powstaje pod wpływem czynności mięśni i obejmuje cały narząd lub jego części, gdy natomiast objaw naczyniowo-kurczowy Motyki dotyczy tylko niewielkich przestrzeni skórnych w okolicy wysypki, a ucisk palca wywołuje kurcz w naczyniach, zmienionych pod wpływem ostrego zakażenia durem osutkowym.

Dr. Ryszard Rodziński. Lwów.

Przyczynek do nowotworów złośliwych jądra.

Z Kliniki chirurgicznej we Lwowie. (Dyrektor prof. Schramm).

Rzadkość przypadku oraz trudności rozpoznawcze, jakie się nam nastręczyły, skłaniają mnie do jego opisania.

Sprawa chorobowa dotyczy mężczyzny 34 l., żonatego, bezdzietnego. Obarczenia dziedzicznego brak. Chorób poważniejszych dotychczas nie przebywał. Obecna choroba rozpoczęła się przed $1\,^1/_2$ rokiem nagle gorączką, wymiotami i bólami w prawej stronie jamy brzusznej, promieniującemi do prawego uda oraz ku krzyżom. Lekarze, rozpoznawszy zapalenie wyrostka robaczkowego, doradzali choremu zabieg operacyjny, na który jednak chory się nie zgodził. Wkrótce objawy chorobowe ustąpiły, chory zauważył zaś z czasem w prawej stronie jamy brzusznej guz z początku wielkości jabłka, który stale powiększał się, aż doszedł do wymiarów, jakie stwierdziliśmy, przyjmując go na klinikę.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego, blady, źle odżywiony. Narządy wewnętrzne bez zmian. Zwraca uwagę obustronne wnętrostwo. W dolnej części jamy brzusznej stwierdzamy wypukiem i dotykiem guz wielkości głowy dorosłego człowieka, sięgający od spojenia łonowego do pępka. Guz ten o spoistości twardej, powierzchni gładkiej, na dotyk niebolesny, z podstawą silnie zrośnięty, nieprzesuwalny. Badaniem przez odbytnicę stwierdzamy oporność, pochodzącą od guza wypełniającego jamę Douglasa, a zlewającą się z miąższem gruczołu krokowego. Badanie wziernikiem i cewnikiem niewykonalne z powodu oporu, jaki napotykaliśmy w części sterczowej cewki moczowej. Mocz bez zmian. Wassermann ujemny. Badanie promieniami Roentgena wykazuje obecność guza w jamie brzusznej, nie można jednak określić miejsca jego wyjścia. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: mięsak sterczа.

Zabieg operacyjny (prof. Dr. Schramm) wykonano w znieczuleniu eterowo-morfinowem. Jamę brzuszną otworzono cięciem w linji środkowej poniżej pępka. Sieć zrośnięta z guzem tamuje dostęp do niego. Po podwiązaniu i odcięciu jej na szerokiej przestrzeni od guza, oddzielono od tylnej powierzchni przyrośniętą tam pętlę jelita cienkiego, przyczem nie udało się uchronić od naddarcia surowicówki kiszki cienkiej. Ubytek w ten sposób powstały zeszyto natychmiast. Mimo to dostęp do wyłuszczenia guza okazał się niedostatecznym, tak, iż musiano dodać do cięcia pierwotnego cięcie poprzeczne na lewo, przecinające mięsień brzuszny prosty. Dopiero teraz udało się wyważyć guz wklinowany w miednicę małą, przyczem stwierdzono, że od guza biegnie szypuła, gubiąca się w kanale pachwinowym prawym. Po upewnieniu się, że tylna ściana guza, wykazująca wybitne chełbotanie nie jest pęcherzem moczowym, wydobyto guz wiszący ciągle jeszcze na szypule z jamy brzusznej, po podwiązaniu jej guz odcięto. Po usunięciu guza spostrzeżono drugie jądro zdrowe, leżące wolno w jamie brzusznej na lewym talerzu biodrowym, umieszczone na długiem stosunkowo mesorchium. Wygląd jądra i kształt wykazywały typowy obraz raniku. Jamę brzuszną zaszyto na głucho. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Dwunastego dnia po operacji opuścił chory łóżko.

Po 4-ech miesiącach zgłasza się chory powtórnie do kliniki w stanie bardzo ciężkim z powodu niedrożności przewodu pokarmowego, trwającej według zapodania rodziny, od 5 dni. Badanie kliniczne stwierdziło rzeczywiście niedrożność mechaniczną. W uśpieniu eterowo-morfinowem wykonano laparotomię i przekonano się, że powodem objawów niedrożności były postronki łączące bliznę pooperacyjną z krezką jelita. Po przecięciu ich

i uwolnieniu jelit z ucisku i przywróceniu temsamem drożności, okazało się, że jama brzuszna (otrzewna ścienna i jelitowa) były pokryte guzkami rozmaitej wielkości, których przyrodę nowotworową (przerzuty) stwierdziło później badanie mikroskopowe. Rana zgoiła się rychłozrostem. Przebieg pooperacyjny powikłany był ciężkiemi objawami nieżytu jelit. Chory opuścił jednak klinikę w stanie polepszenia i dotychczas nic o nim nie wiadomo.

Guz wycięty ważył 7 kg. Oglądaniem, jakoteż po przecięciu go, guz przypominał zupełnie stosunki normalne jądra i przyjądrza, jedynie w 30 lub 40 krotnem powiększeniu. Istota jądra spoistością swą i burzą różniła się wybitnie od wyglądu przyjądrza. Podczas gdy przyjądrze barwy białej miało spoistość twardą, więcej zbliżoną do prawidłowej, jądro miało barwę o odcieniu brunatnym, a spoistość miękką, podobną do spoistości narządów zwyrodniałych miąższowo. Ta okoliczność była przyczyną zjawiska chełbotania, które wyczuwaliśmy podczas operacji, tak dalece, że nasuwała się nam nawet wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z nowotworem, wychodzącym z pęcherza moczowego. Powierzchnia zewnętrzna części nowotworu, odpowiadająca jądru, gładka, podczas gdy odpowiadająca przyjądrzu guzowata, nierówna. Na dolnym końcu przyjądrza była widoczna szypuła, przypominająca zupełnie wyglądem sznurek nasienny z naczyniami.

Celem badania histologicznego powycinano z rozmaitych miejsc, a mianowicie: części środkowej, odpowiadającej jądru, i części obwodowej, odpowiadającej przyjądrzu, kawałki tkanki, również z miejsc odpowiadających wnęce wyciętego guza. Kawałeczki utrwalono w formalinie, zatopiono w parafinie, a skrawki barwiono hematoksyliną i eozyną.

1. Część środkowa, odpowiadająca jądru, okazuje utkanie przeważnie zrazikowe, alweolarne, przyczem treść zrazików stanowi tkanka złożona z bardzo obfitych jednakowych komórek krągłych, o skąpej pierwoszczy, okrągłem jądrze z wyraźnym zrębem chromatyny. Gdzieniegdzie stwierdza się nieliczne typowe figury karyokinetyczne. Między komórkami można dopatrzeć się skąpej włókienkowej substancji międzykomórkowej, niewątpliwie do niej też należy odnieść brak i wypadanie komórek z poszczególnych alweoli. Przegródki wytworzone są z tkanki łącznej włóknistej, bardzo często mniej lub więcej obficie nacieczonej drobnokomórkowo. Grubość przegródek nie jest wszędzie jednakowa, obok bardzo cienkich stwierdza się grubsze, włókniste pasma tkanki łącznej.

Gdzieniegdzie przebiegają duże włókniste grube pasma tkanki łącznej, barwiące się wybitnie eozyną, a dzielące utkanie nowotworu na większe pola. Naczyń krwionośnych wśród tego utkania prawie się nie stwierdza.

2. Część obwodowa, odpowiadająca niewątpliwie przyjądrzu, okazuje podobne do opisanego wyżej utkanie, z tą tylko różnicą, że owe przegródki tkanko-łącznowe są znacznie grubsze, a tem samem same alweole z mniejszej ilości komórek wytworzone.

Tak część środkowa, odpowiadająca zmienionemu jądru, jak i część odpowiadająca przyjądrzu, otoczone są zgrubiałą włóknistą błoną tkanko-łącznową.

3. W skrawkach, odpowiadających wnęce samego guza, znajduje się tkanka łączna wiotka i tkanka tłuszczowa, a wśród niej obfite naczynia tętnicze i żylne różnej grubości. Niektóre o ścianach nieco zgrubiałych, a w świetle żył spotyka się gdzieniegdzie tkankę nowotworową o typie opisanej, tylko nie zrazikowej budowy.

Nadto stwierdza się poprzecznie przekrojony przewód o ścianach nacieczonych nowotworową tkanką, i wskutek tego o świetle nieregularnem, nieposiadającem żadnej wyściółki, a w zewnętrznej warstwie okazującem tu i ówdzie utrzymaną mięśniówkę. Przewód ten może odpowiadać przewodowi nasiennemu częściowo nowotworowo nacieczonemu.

4. Kawałek tkanki uzyskanej przy powtórnej operacji wykazuje utkanie podobne do opisanego wyżej, z tą tylko różnicą, że komórki okazują pewną znaczną wielopostaciowość. Utkanie całego guza odpowiada zrazikowemu mięsakowi wielko-krągło-komórkowemu. Podobne utkanie guzów wtórnych. Typ komórek odpowiada komórkom stwierdzanym w mięsakach wychodzących z jądra i przypominającym komórki nabłonkowe, co, jak wiadomo, było powodem, że niektórzy uważali nowotwory te za guzy rakowe.

W przypadku opisanym jednak zarówno wygląd komórek, jakoteż obecność włókienkowej międzykomórkowej substancji, a dalej miejscami występujące zatarcie utkania zrazikowego, pozwala na wykluczenie utkania rakowego, a natomiast na rozpoznanie typowego mięsaka zrazikowego.

Odnośnie do naszego przypadku należy podnieść, iż nowotwory jądra pachwinowego są bardzo częstem zjawiskiem, podczas gdy nowotwory jądra brzusznego należą do wielkiej rzadkości. I tak do r. 1906 zdołał w swej dokładnej pracy zebrać Blanck z literatury 18 przypadków nowotworów jądra brzusznego, która to liczba wraz z przezeń opisanym dają sumę 19. Jeżeli do tego dodamy liczbę 3 zebranych od r. 1906 przezemnie i nasz czwarty przypadek, otrzymamy liczbę 23 przypadków. Na wszystkie powyższe przypadki dobre rozpoznanie postawiono tylko 6 razy. Dwóch badaczy (Sabella, Benenati) nie podają, czy rozpoznanie przed operacją postawiono. Eigenbrodt myślał o możliwości istnienia nowotworu jądra brzusznego, nie postawił jednak pewnego rozpoznania. Souligoux i Lecène, sądząc, że operują jądro pachwinowe, natrafili na pakiet porozszerzanych żył w kanale pachwinowym i dopiero, rozszerzywszy cięcie, natrafili na nowotwór jądra brzusznego. W naszym przypadku postawiono rozpoznanie mięsaka stercza.

Innych przypadków albo zupełnie nie rozpoznano, względnie rozpoznała istotę cierpienia sekcja.

Na podstawie tych trudności rozpoznawczych doszedł Eigenbrodt do wniosku, że w przypadkach guza jamy brzusznej u mężczyzn, którego wyjście nie odpowiada pochodzeniu z jakiegoś narządu umieszczonego prawidłowo w jamie brzusznej, a u których stwierdzamy wnętrostwo, że tam powinniśmy myśleć o nowotworze jądra brzusznego.

Z zestawienia Blancka wynika, że najczęściej dotknięci byli powyższem cierpieniem ludzie pomiędzy 31 a 40 rokiem życia, co i w naszym przypadku odpowiada. W większości przypadków rozpoczynała się choroba nagle bolami w jamie brzusznej, którym towarzyszyły, jak w opisanym przypadku, objawy podrażnienia otrzewnej (gorączka, wymioty). U naszego chorego n. p. rozpoznano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; i Le Conte i Crispin rozpoznali mylnie *aprendicitis perforativa* i dopiero po otwarciu jamy brzusznej odkryli pomyłkę. Jedynie tylko Eigenbrodt miał sposobność odkryć nowotwór z chwilą wystąpienia bolów, inni autorowie odkryli go w tygodnie, a nawet w miesiące po pojawieniu się pierwszych objawów. Z innych dolegliwości opisywanych u tych chorych należy wymienić zaparcie stolca, częste parcie na mocz, bole przy chodzeniu, ogólne osłabienie. Wyjątek stanowi przypadek Riedla, którego chory od 4 lat sam zauważył stałe powiększanie się objętości jamy brzusznej, bole zaś wystąpiły na 8 tygodni przed operacją, wśród której rozpoznano dopiero istotę choroby.

Dotychczas opisane guzy były zazwyczaj umiejscowione na talerzu kości biodrowej, tak, iż nawet w przypadkach, kiedy guz przekraczał linję środkową ciała, można było łatwo domyśleć się miejsca jego wyjścia.

Wyjątek stanowi przypadek Eigenbrodta i nasz, gdzie nowotwory leżały symetrycznie po obu stronach linji środkowej ciała. Dopiero brak jądra w opowiedniej połowie moszen w przypadku Eigenbrodta, a obecność jądra lewego w naszym przypadku wskazywały, z której strony nowotwór wychodzi. Tylko w przypadku Kaeppelina, Le Conte'a i Crispina, jakoteż i w naszym, można było stwierdzić szypułę gubiącą się od wewnątrz w kanale pachwinowym. Wielkość nowotworu wahała się od wielkości jaja kurzego. Największy był prawdopodobnie guz operowany przez Johnsona, dochodzący wagi 16 funtów. Guzy opisane były wszystkie słabo, lub prawie zupełnie nieprzesuwalne względem swego otoczenia. Wyjątkiem jest nowotwór Berlina, który stwierdził guz bardzo ruchomy pomiędzy prostnicą i sterczem, a w 4 tygodnie później podczas operacji znalazł go na prawym talerzu biodrowym. Ta nieprzesuwalność spowodowana krótkiem *mesorchium* może mieć znaczenie rozpoznawcze w odróżnieniu od innych guzów jamy brzusznej.

Badanie przez odbytnicę, wykonane pięciokrotnie, dało dodatni wynik, dwa razy stwierdzając obecność guza w *cavum Douglasii*, podobnie jak u nas, gdzie oporność tam natrafioną odnieśliśmy jako pozostającą w związku ze sterczem. Trudności operacyjne przedstawiały się rozmaicie. Marchand musiał poprzestać na laparotomji, gdyż oddzielenie guza od pęchera moczowego i kiszek nie dało się wykonać. Maydl i Riedel musieli wyciąć kawałek jelita cienkiego, a Riedel miał jeszcze trudności techniczne z dwoma naczyniami krwionośnemi, wchodzącemi od żyły i tętnicy biodrowej do guza. Meiser musiał oddzielać pęcherz moczowy ściśle z nowotworem zrośnięty, a inni i my mieli również liczne trudności do pokonania.

Guzy dotychczas badane okazały się 13 razy mięsakami, 5 razy rakami, dwa razy nowotworami mięszanym t. zn. mięsakami o komórkach nabłonkowych charakteru ra-

kowego. Kahlden opisuje swój nowotwór jako mięsak śluzakowo-wielkokomórkowy, Spencer Wells nie podaje wyniku badania anatomo-patologicznego, a Benenati stwierdza istnienie mięśniaka prążkowano-komórkowego (rhabdomyoma).

Jak już wyżej wspomniałem zwyrodnienie nowotworowe jądra brzusznego jest rzadkością w porównaniu do zwyrodnienia jądra pachwinowego. Przyczynę upatruje wielu badaczy w tem, że jądro ukryte w jamie brzusznej nie jest narażone na urazy, jak jądro pachwinowe. Eigenbrodt tłumaczy zaś przyczynę tem, iż wnętrostwo brzuszne zdarza się znacznie rzadziej, aniżeli pachwinowe. I rzeczywiście, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że według obliczenia Blancka i Tedenata stosunek nowotworów jądra brzusznego do nowotworów jądra pachwinowego wynosi 1 : 5·3, a stosunek jądra brzusznego do pachwinowego 1 : 5·6, musimy dojść do przekonania, że stosunek częstości nowotworów jądra brzusznego i częstości nowotworów jądra pachwinowego pokrywa się w zupełności z wnętrostwem brzusznem i pachwinowem.

Dowiedzioną jednak jest rzeczą, że pewna część nowotworów jądra brzusznego przecież wzięła początek z jądra pachwinowego, a to w ten sposób, iż nowotwór jądra pachwinowego, rosnąc, wsunął się do jamy brzusznej.

Z drugiej strony zaś znane są przypadki nowotworu jądra brzusznego (Mathieu, Maydl, Pike, Meiser), w których w drugim kanale znajdowano jądro pachwinowe zdrowe. Jednem słowem kwestja jest niewyjaśnioną, gdyż brak statystyki stwierdzającej, jak często spotyka się w wypadkach nowotworu jądra pachwinowego niezmienione jądro brzuszne.

W przypadku naszym drugie jądro wolno leżące w jamie brzusznej robiło wrażenie bardzo zanikłego. Niestety nie można było odważyć się na wycięcie z niego skrawka celem badania histologicznego. Chory nasz był żonaty, bezdzietny. To ostatnie wraz z prawdopodobnie widzialnym zanikiem organu dowodzi, że i drugie jądro, chociaż leżące wolno w jamie brzusznej, przecież było nieprawidłowe.

Skłaniałbym się zatem (o ile oparcie się na jednym przypadku może mieć jakie znaczenie) do zdania Eigenbrodta, który powód zwyrodnienia jąder wnętrostwowych widzi nie w ich umiejscowieniu, lecz w przyczynach nieznanych, sprawiających zatrzymanie się ich w drodze zstępowania do moszen.

Dr. Henryk Goldberg. Łódź.

Przyrząd do automatycznej regeneracji lamp roentgenowskich.

Mechaniczna regeneracja lamp Roentgenowskich (typu Gundelacha i podobnych) posiada słabe strony, o ile idzie o regenerację stałą, np. przy prześwietlaniach, a szczególniej w lecznictwie.

Zwykłe odsuwanie na pewną odległość drucika od katody jest niedogodne, gdyż, nie bacząc na daleko odsunięty kabel katodalny, iskra bije nietylko w guzik, uszko lub pokrywę katody, lecz również w przewodnik lub części sąsiednie, wobec czego regeneracja odbywa się nieprawidłowo, a przy twardych lampach bardzo wolno, grożąc jednocześnie przebiciem lampy.

Pomyślałem zatem, czyby nie można było tej iskry, dowolnej długości, przenieść na inny odcinek drogi pomiędzy katodą i regeneratorem. W tym celu zbudowałem prosty automatyczny regenerator, którego rysunek załączam. (Fig. I.)

Biorę rurkę szklaną, średnicy koło $1^1/_2$ ctm, w którą wprowadzam dwa korki gumowe, szczelnie pasujące do rurki, grubości koło $^3/_4$ ctm każdy. Przez środki korków gumowych wprowadzam wewnątrz rurki druciki a b c i d e f, zagięte w postaci uszka w punktach b i c. Zagięcie robię w celu unieruchomienia drucików. Przestrzeń AB i EF zalewam gipsem, umocowując w ten sposób druciki ostatecznie. W punktach a i f. druciki kończą się uszkami, do których przymocowane są sprężynki, zakończone haczykami. Sprężynki zastosowałem, chcąc się uniezależnić od odległości uszka katodalnego od katodalnego końca regeneratora, która to odległość w poszczególnych lampach jest rozmaita.

Zastosowanie przyrządu uwidocznia rysunek Fig. II.

Fig. I

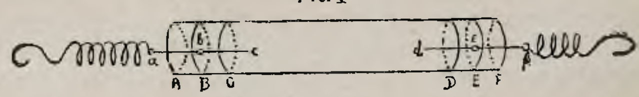
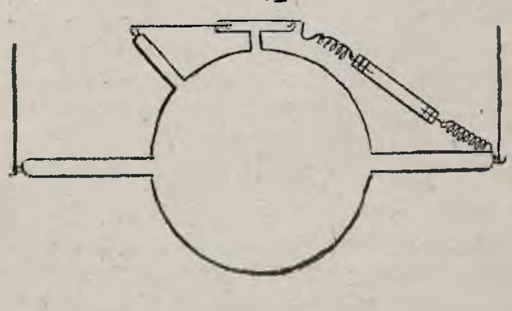


Fig. II



Przekonałem się na podstawie doświadczenia, że ten sposób regeneracji posiada następujące zalety:

1. Niema zewnętrznej iskry, deprymującej wrażliwych chorych, gdyż iskra wewnątrz rurki, szczelnie zalanej, daje tylko słaby szmer;

2. nie potrzeba dbać o położenie przewodników, prowadzących do lampy;

3. regeneracja odbywa się szybko, gdyż cała ilość prądu, przeznaczonego dla niej, idzie przez regenerator, a nie bije w rozmaitych kierunkach;

4. posiadając kilka takich przyrządów, mających ściśle określoną długość iskry, stosuję je w poszczególnych przypadkach już automatycznie, po określeniu twardości lampy zregenerowanej iskrą danej długości. Określenie takie wystarczy jednorazowo. Tak np. każę założyć lampę Nr x i przyrząd o długości iskry 3·5 ctm., dalej zaś, nie sprawdzając twardości lampy, puszczam prąd, dopóki w przyrządzie przeskakują oddzielne iskry. Wtedy lampa jest odpowiednią, zmiękczoną. Jest tu zupełne podobieństwo do działania iskromierza. Jeżeli lampa podczas pracy stwardnieje, przyrząd zaczyna działać automatycznie, zmiękczając znowu lampę.

Dla danej lampy odległość iskry przy danym stopniu twardości jest stałą. Dla lamp różnych istnieją wahania, w nieznacznych zresztą granicach. Doświadczenie przekonało mnie, że naogół długości iskry 3.5 ctm. odpowiada twardość 6—7 We, 4 ctm. — 7—8 We, 4,5 ctm. — 8—9 We. 5 ctm., 9—10 We, 6—7 ctm. — 11—13 We. Są to liczby przybliżone, zależne zresztą również od aparatu;

5. podczas prześwietlania z przesuwaniem lampy dawna regeneracja jest niemożliwa, mój zaś przyrząd czyni ją niezależną od ruchów kabli i lampy. Pozatem iskra, zamknięta w rurce szklanej, oklejonej czarnym lub czerwonym papierem, mało przeszkadza prześwietleniu;

6. w lecznictwie zalety tego sposobu są widoczne, gdyż zbliżają lampy dawne do typu lamp elektronowych. Mamy stałą regenerację, niezależną nawet od personalu, gdyż sam prąd reguluje twardość lampy. Przekonałem się, że taka regeneracja pod względem stałości i łatwości zastosowania ma wyższość nawet nad osmoregulacją i wentylem Bauera.

Dopóki lampa nie zmięknie ponad pożądany stopień regeneracji, przyrząd działa bez zarzutu.

Określam dawkę jakimkolwiek sposobem (Holtzknecht, Fürstenau) dla danej lampy przy określonej odległości, czasie, natężeniu prądu (numer kontaktu) i długości iskry regeneracyjnej, i następnie wydaję personalowi odpowiednie rozporządzenie, np.: Lampa N 12, odległość 25 ctm., 12 minut, 5,2 ctm. iskry, 4 kontakt. Mogę otrzymać niepełną dawkę, o ile lampa nazbyt zmięknie, nigdy jednak nadmiernej. Mając regeneratory o rozmaitej długości iskry, mogę tęsamą lampę stosować w sposób rozmaity pod względem twardości. Ponieważ iskra pomiędzy elektrodami tworzy łuk, więc i w moim przyrządzie obija się ona o ściany rurki szklanej. Im mniejsza odległość elektrod, tem szybciej odbywa się regeneracja, i tem mniejszy będzie łuk iskry. To też dla krótkiej iskry

wystarczy mniejsza średnica rurki; przekonałem się z doświadczenia, że średnica mniejsza, niż $1 \frac{1}{2}$—2 ctm., jest niepraktyczną, gdyż przy twardej lampie iskra żłobi rowek na wewnętrznej ścianie rurki, która wkrótce pęka. Obecnie ulepszyłem swój przyrząd w ten sposób, iż jedna z elektrod jest przesuwalną w postaci śruby, dzięki czemu możemy dowolnie zmieniać długość iskry.

Próbowałem zrobić jedną elektrodę śpiczastą, drugą zaś płaską, przekonałem się jednak, że w tym przypadku zbyt wiele iskier bije w ścianę, zamiast w elektrodę. Dla bardzo długiej iskry wypadnie rurce nadać kształt gruszki.

Przyrząd został złożony do opatentowania.

Z praktyki.

Dr. Marja Świgostowa, b. sekundarjusz szpitala. Lwów.

Komosa czerwiogubna (*Chenopodium anthelminticum*), jako środek przeciw węgorkowi jelitowemu (*anguillula intestinalis*).

Z oddziału wewnętrznego II. Szpitala powszechnego we Lwowie. B. Kierownik: Prof. Dr. Rencki.

Czerwiogubna komosa rosnąca w Ameryce (Pensylwania, Brazylia) używaną była w swej ojczyźnie od niepamiętnych czasów przeciw czerwiom jelitowym. W Europie (Francja) stosowano ją w tym celu od 1805 r. (Calmet), później jednak wychodziła stopniowo z użycia i dopiero Brüning zwrócił na nią w 1907 r. uwagę i wprowadził jako lek czerwiogubny głównie przeciw glistom. Za Brüningem poszli inni badacze (Gockel, Riff, Schüffner, Vervoort) i stwierdzili dużą wartość środka przy usuwaniu najrozmaitszych pasorzytów jelitowych (tasiemce, tęgoryjec, włosogłówka, owsik), zaprzeczyli jednak po części przyjmowanej poprzednio nieszkodliwości tegoż dla ludzkiego ustroju, o ile dawka była za duża lub organizm leczonego zbyt wrażliwy na zawarte w komosie substancje; prócz niewinnych działań ubocznych (zmiany naczynioruchowe, zaburzenia czuciowe, nudności) widzieli bowiem poważniejsze objawy, jak następową głuchotę, zaburzenia oddechowe, M. Ryhiner zaś opisał nawet dwa przypadki zejścia śmiertelnego u dzieci. Pasorzytem, przeciw któremu używano głównie olejku komosowego, była zazwyczaj glista ludzka. Pod działaniem wspomnianego leku wpadają te robaki w stan chwilowego odrętwienia i dają się w tym czasie łatwiej usunąć z przewodu pokarmowego środkami przeczyszczającymi. Z innych czerwi usuwano komosą tasiemce, włosogłówkę i owsik, nigdy natomiast nie stosowano tego środka przeciw węgorkowi jelitowemu i to właśnie skłoniło mię do opisania przypadku wyleczonego tym sposobem.

Węgorek jelitowy należy do dużej rodziny zaliczanej do gromady nicieni (*nematoda*). Rodzina węgorkowatych ma w przyrodzie wielu przedstawicieli (w. pasorzytne z pszenicy, buraków, żyta i i.) a najdłużej z nich ukrywał się przed okiem badaczy węgorek jelitowy. Odkrył go w r. 1876 Normand jako przyczynę biegunki kochinchińskiej. Badania dalsze, prowadzone przez odkrywcę i innych autorów, doprowadziły do bardzo ciekawych wyników, wyłuszczonych dokładnie w pracy W. Ziembickiego z r. 1905, a dotyczących tak biologji pasorzyta, jak też i wpływu jego obecności w przewodzie pokarmowym na ustrój ludzi. Obecność ta nie jest dla ustroju obojętną. Węgorek usadawia się w błonie śluzowej jelit cienkich (najczęściej w obrębie gruczołów Lieberkühna) i może, nieraz, dłużej przebywając w jelicie, doprowadzić do znacznych spustoszeń w śluzówce (Kurłow), wciskać się w błonę podśluzową (Askanazy), do naczyń, powodować krwiotoki i przedostawanie się embrjonów do krwi (Teissier, Potain). Żywiąc się mleczem (*chylus*) i wydzielając nieobojętne dla ustroju substancje, powoduje znaczną niedokrewność i szereg objawów, świadczących o ogólnem zatruciu (zmiany naczyniowo-ruchowe i wydzielnicze, eozynofilia i t. p.). Nie u każdego osobnika są objawy te same. Są ludzie, znoszący węgorka bardzo dobrze (Roux, Grassi, Paron), inni oddziaływują nań biegunką (Normand, Bavay, Laveran), u niektórych wysuwa się niedokrewność na plan pierwszy (Perroncito), przeważnie zaś objawy są mięszane i bardzo różnorodne (W. Ziembicki, W. Czernecki, T. Hołobut) — słowem jest znów widocznem, że jakość ustroju ma bardzo ważny wpływ na całość obrazu chorobowego przy każdem schorzeniu. Przypadek spostrzegany przezemnie na oddziele wewnętrznym II. Szpitala powszechnego we Lwowie przedstawiał się jako kombinacja objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego (wymioty, biegunka, krew w stolcach) z objawami przyrody ogólnej, jak znaczne wychudzenie, obrzęki i niedokrewność.

Dotyczył on osoby przyjętej na oddział 25. III. 1919 roku, która w wywiadach podała, iż od dłuższego czasu ma upośledzone łaknienie, niekiedy wymiotuje i często oddaje stolce, w których nieraz zauważyła domieszkę krwi. Od czasu choroby zbladła, czuje się bardzo słabą, chodzić nie może, a w ostatnich czasach spostrzegła obrzęk twarzy i kończyn.

Badanie przedmiotowe stwierdziło znaczną bladość skóry, obrzęk twarzy i kończyn dolnych, bardzo podupadłe odżywienie, zagęszczenie szczytów płucnych, powiększenie wątroby i śledziony oraz małą ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Ciepłota ciała 38·4° C. Tętno 86. Mocz bez zmian, taksamo i treść żołądkowa. We krwi: 2,470,000 ciałek czerwonych o wskaźniku barwnym blizkim jedności (0·911), poikilocyty; ciałek białych 5700, a wśród nich 74% leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości obojętnochłonnej, 6% leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości kwasochłonnej, 19% limfocytów, a 1% komórek tucznych. Ze względu na podane w wywiadach skargi, świadczące o nieprawidłowej czynności przewodu pokarmowego oraz ze względu na wynik badania cytologicznego krwi przeprowadzono bardzo szczegółowe badanie stolca, które stwierdziło w nim, prócz pozostałości pokarmowych, śluzu i ciałek czerwonych krwi, bardzo liczne okazy węgorka jelitowego.

Rozpoznanie było jasne; chodziło więc tylko o możliwie rychłe usunięcie cierpienia.

Wiadomo, że węgorek należy do pasorzytów nader odpornych wobec używanych leków czerwiogubnych. Leki zalecane przeciw niemu jak salol, paproć, tymol (Golgi, Monti, Seyfert) i chloroform (Riva), nie okazały się niezawodnemi, co też w odniesieniu do pierwszego, drugiego i trzeciego z wymienionych leków oraz santoniny, mieliśmy sposobność stwierdzić w naszym przypadku.

Jedynie Preti, stosując glicerynę, osiągnął w kilku przypadkach obecności węgorka zupełne wyleczenie. Autor ten polecał glicerynę w podwójnej dawce per os, pierwszą w ilości 25 gr wprost, a drugą 25 gr tuż zaraz po niej w kapsułkach żelatynowych, a w dwie godziny później wprowadzał 30 gr. gliceryny do odbytnicy.

Ponieważ w r. 1919 gliceryna nie była łatwą do nabycia, zalecił prof. Rencki użyć niestosowanego dotychczas środka w przypadkach anguillulozy — olejku komosowego, który to lek podawał z powodzeniem w kilku przypadkach czerwiwości (tasiemce, glisty). Po poprzedniem podaniu olejku rącznikowego zastosowano przez dwa następne dnie 3 razy dziennie w odstępach dwugodzinnych (8 rano, 10 przed poł. i 12 w poł.) po 16 małych kropli (z kroplomierza!) — podając na zakończenie w 1—2 godzin po ostatniej dawce 2 łyżki oleju rącznikowego. Lek o przykrej woni i smaku podawano na miałkim cukrze w opłatku przy popijaniu herbaty lub czarnej kawy. Chorzy pozostawali przez czas leczenia w łóżku. Dawka dla dzieci wynosi najwyżej tyle razy po 2 krople, ile dziecko ma lat, nie przekraczając jednak 8 kropli na dawkę. Leczenie w razie potrzeby może być powtórzone 1—2 razy w odstępach tygodniowych.

Leczenie to zalecono w opisanym przypadku. Już po pierwszem leczeniu stan podmiotowy chorej wyraźnie się poprawił, łaknienie stało się lepsze, ustąpiły wymioty; badanie stolca wykazywało bardzo obfitą ilość pasorzytów. Ponowiono leczenie po tygodniowej przerwie, poczem stwierdzono w stolcach tylko nieliczne egzemplarze węgorka, a po trzeciem leczeniu, w 7 dni później, nie wykazano więcej pasorzyta w kale. Od chwili zniknięcia węgorków przychodziła chora szybko do siebie, odżywienie ogólne stawało się z każdym dniem lepsze, znikły obrzęki, ustąpiła niedokrewność i chora, zyskawszy 10 klgr. na wadze, opuściła oddział w pomyślnym stanie.

Przypadek ten może służyć za dobry przykład skuteczności olejku komosowego w tych przypadkach czerwiwości, w których zawodzą inne leki czerwiogubne, pamiętać jednak należy, iż środek nie jest obojętnym dla ustroju i jedynie

przy ścisłem przestrzeganiu dawkowania można być pewnym jego nieszkodliwości.

Piśmiennictwo. Dr. W. Ziembicki: O węgorku jelitowym (Gaz. lek. 1905) — Dr. Preti: Das Glycerin in der Behandlung der Anguillulose (Therap. Monatschr. 1910). — A. Riff. Contre les ascarides l'huille essentielle de chenopodium anthelminticum. (La Presse médicale 1921 Nr 54.).

---

† Dr. Edward Zieliński. Warszawa

Czy można zbadać zadawalająco 200 żołnierzy w ciągu 8 godzin?

Na pierwszy rzut oka zdaje się to być rzeczą niemożliwą, a zarzut niesumienności jak najbardziej uzasadniony. Tak jednak nie jest. Przy pewnej wprawie klinicznej i pewnym planie uproszczonego badania jest to wykonalne jak najzupełniej. Przedewszystkiem, aby zaoszczędzić sobie czasu, każemy rozebrać się badanym i wpuszczać ich już rozebranych. Gdy żołnierz taki idzie ku lekarzowi, ten ostatni jednym rzutem oka ocenia chód, symetrję ciała, stan skóry (jej sinicę ewentualną, obecność wykwitów na niej, lub wyniosłości). Przy odchylaniu powiek z łatwością wykrywa się nietylko jaglicę, zapalenie zakaźne łącznicy oka, ale jednocześnie zauważyć nie trudno anizokornię, myozę, kolobomy, oraz wybroczyny punkcikowate dookoła oczu w skórze. Przy badaniu jamy ust za pomocą drewienka płaskiego lub szpatułki stwierdzamy brak zębów, stan języka, odciski na nim i przygryzienia. Jednem spojrzeniem na klatkę piersiową przy głębokiem oddychaniu widzimy zapadnięcia, nadmierne wciąganie międzyżebrza. Wypukiwanie całkowitej klatki piersiowej w tych tylko razach należy uskuteczniać, w przypadkach zaś klatki piersiowej oddychającej symetrycznie ograniczyć się można do wypuku wierzchołków i granicy górnej i lewej serca. Ograniczenie się tymi tylko punktami jest usprawiedliwione przez to, że proces gruźliczy zwykł się umiejscawiać przedewszystkiem w wierzchołkach, a zaś zmiany granic serca będą wskazówką rozstrzeni lub przerostu serca; granica zaś prawa może być tylko wówczas określaną, gdy dwie pierwsze do tego nas zmuszą. Podobnież wysłuch można też ograniczyć do wysłuchania wierzchołków płuc, a w sercu do wysłuchiwania zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej. Wada zastawki trójdzielnej zaznaczyłaby się u żołnierza napewno już po pierwszym marszu lub nieprzespanej nocy — sinicą, dusznością, tętnem żylnem; wady zaś tętnicy płucnej należą do białych kruków i zaznaczają się też wybitnie. Badanie brzucha należy wykonywać tylko wówczas, gdy przy oglądaniu jego uderza nas nieproporcjonalność wymiarów od wyrostka mieczykowatego do pępka i od pępka do spojenia łonowego. Nadmierna długość i wypukłość pierwszego wymiaru przemawia za cierpieniem żołądka (rozstrzenią jego) lub powiększeniem wątroby lub śledziony, drugiego zaś dolnego, — za chorobą kiszek, gromadzeniem płynu w jamie otrzewnej, za guzem w miednicy lub brzuchu. Przez lekkie uszczypnięcie badanego dla oceny grubości skóry — możemy oddzielić podejrzanych o przewlekłe zapalenie nerek lub cukrzycę, o ile skóra sama (bez tkanki podskórnej) jest wybitnie gruba i twarda (zwierzęca); na pierwsze z tych cierpień wskazać powinno też i przesunięcie granicy serca na lewo przy braku szmeru. Przerost serca bez wady sercowej towarzyszyć zwykł przewlekłym cierpieniom nerek. Każąc badanemu nadąć się przy zaciśnięciu jednoczesnem nosa i zamknięciu ust, stwierdzić łatwo przepukliny: nadbrzuszną, pępkową, pachwinową, udową. Oględziny członka ograniczyć można do obejrzenia otworu zewnętrznego, czy jest suchy, niezaczerwieniony i nieobrzmiały. Obecność rozszerzenia naczyń sznurka nasiennego lub zapalenia jąder uwidocznia się wówczas sama; przez ustawienie żołnierza na palcach nóg, uwypuklamy sobie rozszerzone żyły na goleniach, przez uklęknięcie zaś na krześle płaskie stopy. Rzutem oka za odchodzącym oceniamy kręgosłup, jego skrzywienia, ewentualnie wystawanie kręgów dotkniętych próchnicą.

Cały ten przegląd normalnie zabiera nie więcej niż 1—2 minut czasu i pozwala wykryć zasadnicze cierpienie.

Taką drogą badania posługując się, w ciągu 8-miu godzin u 200 żołnierzy udało się wykryć: 60 przypadków jaglicy, 2 nierówności źrenic, 1 brak odruchu źrenicowego (u chorego z wiądem rdzenia), 1 wybroczyn punkcikowatych podskórnych dookoła szpary ocznej po świeżym napadzie padaczki, 1 szczeliny w tęczówce, 2 blizny na rogówce po zapaleniu rogówki, 1 pogryziony język u chorego na padaczkę, 20 przypadków zgęszczeń płucnych, 1 zwężenia ujścia lewego żylnego, 2 niedomykalności tętnicy głównej, 3 blizny kostne na obojczykach, 1 zapalenie otrzewnej (prawdopodobnie gruźlica), 1 pęknięcie kręgów, 1 rozstrzeń żołądka przy objawach *„syndrome pylorique"* franc. autorów, 6 przepuklin nadbrzusznych, 3 pachwinowe, 4 pępkowe, 2 rozszerzenia naczyń sznurka nasiennego, 3 żylaki goleniowe, 1 przypadek licznych bolesnych tłuszczaków (choroba Derkuma), 1 łuszczycy kropkowatej, 1 zapalenia żołędzi członka. Jak widać z powyższego, nawet tak skrócone badanie może doprowadzić do bardzo ciekawych wyników i do oddzielenia osobników niezdolnych do służby czynnej frontowej. Na jedno jeszcze muszę zwrócić szczególniejszą uwagę i zachęcić kolegów do nieponiechania badania w tym kierunku, a mianowicie na stan mięśni u żołnierzy: czy są one naprawdę w stanie podjąć pracę, jakiej wymagać będzie od nich służba. Często słyszeć można skargi i pomstowania na lenistwo żołnierzy, na uchylanie się od pracy, na niezdolność ich do sypania szańców, kopania okopów, naprawy dróg itp. Te na pierwszy rzut oka, zdawałoby się, słuszne zarzuty, rozwiały się jednak, gdym poddał bardziej szczegółowemu badaniu układ mięśniowy tych leniuchów. Pokazało się, że mięśnie ich nie mogą zdobyć się na większą wydajność pracy. U wszystkich tych nieszczęśliwców można było wywoływać przez zwyczajne opukiwanie t. zw. idjomuskularne skurcze, a nawet niekiedy i objaw »arfy« — na mięśniach piersiowych, na dwugłowych mięśniach ramion, na mięśniach łopatkowych, a nawet czasem i lędźwiowych. Występujące wówczas u nich bolesne guziczki i wałeczki nie rozchodziły się niekiedy i po $1/2$ minucie. Oczywiście mięśnie, które dają taki odczyn na uderzenie palcem lub młotkiem, nie są zdolne do natężonej długotrwałej pracy. Zmiany takie znajdowałem stale u żołnierzy po 40 roku życia (u 58-miu na 62, którzy przekroczyli ten wiek). Szczególniej wybitnie występowały u rolników; te zaś 4 przypadki, gdzie, pomimo wieku, objawu mięśniowego nie było, dotyczyły mieszczan (rzemieślników) względnie zamożniejszych i dobrze odżywionych. U młodszych poniżej lat 40-tu objaw ten występował tylko w razie wycieńczenia ogólnego (np. przy gruźlicy); przyczem zauważyć wówczas można było jednostronne jego zjawianie się lub niejednakowe natężenie po obu stronach; niekiedy po jednej stronie występowały tylko bolesne guziczki, gdy po stronie przeciwnej już miał miejsce objaw »arfy« z pozostawieniem po sobie długotrwałego bolesnego wałeczka; u suchotników występuje to zawsze wyraźniej po stronie bardziej zajętej gruźlicą. U tych ostatnich prócz powyżej opisanych zmian w mięśniach klatki piersiowych otrzymywać można ciekawy bardzo skurcz mięśnia podskórnego szyji po stronie dotkniętej gruźlicą przy uderzeniu wskazicielem po obojczyku. O ile by udało się wykazać na większej ilości chorych, że objaw ten występować zwykł dość wcześnie, nabrałby on doniosłego znaczenia przy rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy płucnej.

Zapiski lecznicze.

Czkawkę epidemiczną leczy Fuld z powodzeniem przez wprowadzenie na parę minut zgłębnika żołądkowego (Berl. Kl. W. 1921. Nr. 96). Referent widział znakomitą poprawę po atropinie zadanej podskórnie u chorych z objawem Aschnera t. j. kiedy ucisk gałek ocznych wywołuje wyraźne zwolnienie tętna.

Adrenalina przy krzywicy. W przypadkach krzywicy, nieustępujących zwykłym środkom, stosuje z powodzeniem adrenalinę: trzy do czterech razy dziennie podskórnie po 0,3 Suprarenini hydrochl. Hoechst (rozczyn 0,1%), dochodząc do 0,5 na dawkę. Jednocześnie przetwory wapnia, np. Calc. carbon. (Münch. m. Woch. 1922 Nr. 46).

Stosowanie dożylne euphylliny. Zamiast diuretyny stosują obecnie z powodzeniem przy dusznicy bolesnej euphyllinę dożylnie. Guggenheimer radzi rozcieńczać zawartość oryginalnej

rurki roztworu euphylliny (2 cm.^{3}) ośmiu centymetrami sześciennemi wody (*aqua bisdestillata*) a całą ilość 10 ctm.^{3} wprowadzać do żyły wolno w ciągu dwu do trzech minut. W chwili napadu dusznicy bolesnej zastrzykiwania takie należy wykonywać dwa razy dziennie; później raz dziennie, następnie co drugi dzień. Należy uprzedzić chorego, że po tym leku występuje czasem uczucie gorąca w głowie. Ten sposób leczenia stosuje i przy osłabieniach mięśnia sercowego wszelkiego pochodzenia. (Therap. Halbmonatsh. 1921 Nr. 18).

Sprawozdania poglądowe

Dr. Marja Felauer-Skłodowska. Łódź.

Ogólne zasady i technika curieterapji.

Curieterapja [1]) nie jest jeszcze działem medycyny o metodach jednolitych i ustalonych. Młoda ta gałęź lecznictwa znajduje się dopiero w okresie poszukiwania metod właściwych, a opierając się na coraz to obfitszym i ściślejszym materjale zarówno badań doświadczalnych, jak i spostrzegania klinicznego, kroczy naprzód powoli, lecz stale, zdobywając coraz bardziej doskonałą i celową technikę, a z nią i coraz rozleglejszy zakres działania.

Dlatego, iż jest nauką dopiero «*in statu nascendi*», curieterapja w dziedzinie techniki przedstawia znaczne różnice nietylko w Wiedniu, Paryżu lub Nowym-Jorku, lecz zmienia tę różną technikę w obrębie jednej i tej samej szkoły i wprowadza w niej daleko idące zmiany nieraz w ciągu krótkiego czasu.

Technika, którą chcę przedstawić, jest przedewszystkiem ta, z jaką zapoznałam się obecnie w Paryżu na wprowadzonym przez Dra Regaud oddziale terapeutycznym »**Instytutu radowego**», przeznaczonym wyłącznie do badań nad nowotworami złośliwymi i ich leczeniem. Pokrótce wspomnę o nowszej technice stosowanej w Austrji, Niemczech, Ameryce i Anglji.

Dla zorjentowania się w danej technice i ocenienia jej wartości należy: 1) poznać główne własności radu fizyczne i biologiczne, choćby w najogólniejszych zarysach, 2) uprzytomnić sobie, co za pomocą curieterapji skutecznej osiągnąć należy i co osiągnąć można wobec warunków, z jakimi spotyka się ona w działaniu na tkankę nowotworową w organizmie.

W curieterapji stosuje się rad lub emanację [2]); czynnikiem leczniczym nie jest jednak ani rad, ani emanacja. Leczenie radem jest to leczenie promieniami. Rad wprawdzie wydaje ustawicznie, zarówno jak i emanacja, t. zw. promienie α, te jednak nie odgrywają z curieterapji żadnej roli [3]): są one tak miękkie, że ulegają pochłonięciu już przez same ściany naczyńka, mieszczącego ciało radjoaktywne i do tkanek się nie dostają. Czynne w lecznictwie są tylko promienie tak zw. β i γ wysyłane przez ciała, będące dalszym produktem rozpadu radu. Część bowiem atomów radu rozkłada się ustawicznie, wytwarzając: 1) promienie α i 2) nowe ciało, gaz, t. zw. emanację; emanacja wytwarza znów promienie α i tak zw. rad A, rad A daje promienie α i rad B, a rad B — rad C; z ostatniego powstaje kolejno rad D, E i F. Rad B i C są właśnie ciałami, które wysyłają promienie β i γ; dwa te ciała wraz z radem A stanowią t. zw. osad czynny (*depot actif*) [4]).

Rad, jak powiedziano wyżej, ulega bezustannemu rozpadowi. Po latach około 1700 z danej ilości radu pozostanie tylko połowa. Połowę »życia« ciała radjoaktywnego nazwano jego okresem.

[1]) Leczenie radem nazwane zostało we Francji curieterapją — od nazwiska Marji Curie — przez analogję do roentgenoterapji.

[2]) W Ameryce stosuje się nadto tak zw. osad czynny w postaci wstrzykiwań.

[3]) Prócz w przypadku wstrzykiwań osadu czynnego.

[4]) Promienie α i β są to promienie cząsteczkowe (korpuskularne); α przedstawiają atomy helu, opatrzone ładunkiem elektrycznym dodatnim, β — są elektronami). Promienie γ podobnie, jak promienie α, są wibracyjne, polegają na drganiach eteru.

Jeśli umieścimy rad w szczelnie zamkniętem naczyniu wydzielona emanacja będzie się w niem gromadzić. Emanacja jednak sama ciągle ulega rozpadowi (okres emanacji wynosi niecałe 4 dni). Przez pewien czas wytwarza się emanacji więcej, niż się jej rozkłada, zużywa [5]), dlatego następuje nagromadzenie się tego gazu w naczyniu. Po pewnym jednak czasie, po dniach 30-tu, ilość emanacji rozkładającej się w jednostce czasu dorównywa tej, która powstaje w ciągu tejże jednostki czasu; z daną chwilą ilość emanacji w naczyniu osiąga swoje maximum, którego już nie przekroczy, następuje dla niej tak zwany stan równowagi radjoaktywnej.

Rad A, B i C stanowią t. zw. osad czynny, są to ciała o bardzo krótkim okresie (3, 26, 19 minut) i również od pierwszej chwili powstania stale się rozpadają. Stan równowagi radjoaktywnej następuje dla nich po 3—4 godzinach; skład promieniowania staje się wówczas jednostajny, gdyż osad czynny wytwarza się odtąd i rozpada według pewnego właściwego mu prawa. Pomiar zatem wykonany raz jeden we 3—4 godziny po napełnieniu rurki emanacją pozwoli w każdej chwili oznaczyć ilość emanacji pozostałej, więc i emanacji zużytej [6]).

Za jednostkę emanacji przyjęto ilość emanacji, pozostającej w stanie równowagi radjoaktywnej z 1 gr. radu. Ilość ta, nazwana curie, wynosi 0.59 mm^3. (przy ciśnieniu 1 atmosfery i + 15^0 C.).

Ta sama miara może stosować się i do radu. 1 gr. radu w stanie równowagi radjoaktywnej wytwarza w ciągu 1-ej godziny 0.00751 curie'ch emanacji, zatem 1 mgr. wytwarza tyleż milicurie'ch, a ponieważ w stanie równowagi radjoaktywnej powstaje tyleż emanacji, wiele się jej i zużywa, więc przy działaniu 1 mgr. radu w ciągu godziny ilość emanacji zużytej wynosi 0.0751 mc.

Rurka z radem jest nieustającem źródłem promieniowania; rurka z emanacją jest także źródłem tegoż samego promieniowania, temczasowem, gdyż emanacja oddzielona od radu wciąż się rozkłada, ale się już nie odtwarza (po 4 dniach pozostaje $^1/_2$ pierwotnej ilości, a po miesiącu już tylko 0.004).

Promienie β zarówno, jak i γ, są różnolite, ich szybkość i przenikliwość są różne: mamy cały szereg stopniowań od β najmiększych do β najtwardszych i od γ najmiększych do γ najtwardszych. Skierowane na tkanki promienie miękkie ulegają pochłonięciu przez warstwy powierzchowne, promienie twarde przenikają głęboko. Przepuszczając promienie przez dowolnie dobrane pod względem jakości i grubości ciało — filtr, możemy otrzymać promienie coraz bardziej twarde, aż do najtwardszych. Różne ciała pochłaniają tem większy % promieni, im gęstość ich jest większa, dlatego na filtry używa się metali o największej gęstości, szczególniej, gdy idzie o otrzymanie promieni γ najtwardszych; najcenniejszy więc materjał na filtry stanowi platyna. Z innych ciał używane są: ołów, srebro, złoto, mosiądz. Przy przechodzeniu jednak promieni przez metale powstaje t. zw. promieniowanie wtórne, miękkie, o działaniu silnie żrącem. Dla zatrzymania go filtry metalowe pierwotne otaczamy filtrami wtórnymi z ciał o małej gęstości, jak glin, gutaperka, wosk, gaza, papier itp. Filtr platynowy grubości 0.6 mm. zatrzymuje wszystkie miękkie β i γ; 1 mm. platyny przepuszcza tylko γ twarde, 1.5 mm, platyny, γ najtwardsze. Przy 0.3—0.4 mm. platyny przechodzi poza filtr znaczna część promieni β.

Promienie miękkie wywierają na tkanki ogólne działanie żrące, niszczą tkanki masowo; promienie γ, w szczególności zaś γ najtwardsze, mają głównie działanie elektywne, tj. uszkadzają pewne tylko komórki, a ściśle mówiąc, komórki, znajdujące się w pewnym okresie życia. Są one rodzajem swoistego jadu dla chromatymy jąder komórkowych, zabójcze zatem ich działanie dosięga komórkę przedewszystkiem w chwili, gdy w niej zachodzą w stopniu naj-

[5]) Dlatego, że ilość powstającej z emanacji jest proporcjonalna względem czasu, a ilość rozkładającej się, jest proporcjonalna względem całej ilości emanacji.

[6]) Specjalna tablica pozwala wykonać to obliczenie szybko i z łatwością.

bardziej intensywnym procesy zależne od chromatyny, w chwili więc silnie wzmożonej przemiany materji oraz w okresie szybkiego dzielenia się. Dlatego to zabójcze działanie promieni γ dotyka w pierwszej linji komórki nowotworów złośliwych, jako pierwociny młode, niezróżnicowane i znajdujące się w stanie wzrostu oraz podziału bardzo wzmożonego. Curieterapja posługuje się promieniami γ twardymi, gdy, działając odzewnątrz na tkanki nowotworowe, usiłuje uniknąć uszkodzenia tkanek powierzchownych, normalnych, a jednocześnie uzyskać jak największą równomierność naświetlenia. Promienie miększe są użyteczne tylko wówczas, gdy w sferze ich działania znajduje się wyłącznie tkanka nowotworowa (w przypadku ognisk radjoaktywnych umieszczonych wewnątrz nowotworów). Jednak promienie i β i γ przy naświetlaniu dostatecznie słabem lub krótkiem działają pobudzająco na komórki, wywołując w nich wzmożenie procesów życiowych. Z drugiej strony, nietylko promienie β, ale i γ, jakkolwiek w znacznie mniejszym, niż β, stopniu, działają także szkodliwie na wszystkie tkanki i przy odpowiedniej dawce wywołać mogą ich obumarcie.

Podstawę zatem curieterapji stanowi działanie promieni γ najtwardszych. Godzą one śmiertelnie, niby celne strzały, w komórki nowotworowe przyczajone wśród tkanek pozornie zdrowych, gdzie ich ani oko chirurga dostrzec, ani nóż jego dosięgnąć nie jest w stanie. I jeżeli działanie promieni miękkich, które niszczą bez wyboru, masowo wszystkie pierwociny żyjące, może zostać zastąpione przez zabieg operacyjny, to działanie elektywne promieni γ najtwardszych rozstrzyga decydująco w odpowiednich przypadkach o stanowczej przewadze radolecznictwa nad chirurgją. C. d. n.

Oceny i sprawozdania.

Higjena szkolna, podręcznik zbiorowy dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych, pod redakcją dr. Stanisława Kopczyńskiego, naczelnika Wydziału higjeny szkolnej w Ministerstwie W. R. i Oświecenia publ. Współpracownicy: dr. M. Biehlerowa, Prof. Czernecki (Lwów), dr. Falski, dr. Gromski, arch. Halewiński, dr. Jarecki, dr. Jaroszyński, dr. Klęsk (Kraków), dr. Łyskawiński, dr. Matusewiczówna, dr. Mitkiewicz, prof. dr. Nawroczyński, dr. Ołtuszewski, prof. dr. Piasecki (Poznań), dr. Karp-Rottermund, Major Sikorski, dr. W. Sterling, dr. Strumiłło, dr. Szmurło. Ze 100 rysunkami i tablicami w tekście. Stron 817. Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie 1921.

Dobra książka nie obawia się krytyki. Wymienię więc tu tylko to, co mi się wydaje ujemnemi stronami „Higjeny szkolnej".

Pod pewnym względem należy do nich opracowanie podręcznika siłami zbiorowemi, i to przez dwudziestu autorów. Wprawdzie dzięki temu wykonano pracę i wydrukowano książkę zdumiewająco szybko, a wszystkie rozdziały, napisane przez praktycznych znawców, są rozprawami w najlepszem tego słowa znaczeniu, oryginalnemi, opartemi na własnem doświadczeniu i na własnym wyrobionym sądzie; wprawdzie inicjator i redaktor podręcznika sam dokazał nielada sztuki nietylko przez sprężystą organizację całości, ale przedewszystkiem przez znaczne dostrojenie jej wszystkich części do zasadniczego tonu i pewnego umiaru; niemniej, mimo wszelkiego uznania dla zakresu i dla dotychczasowych skutków tej pracy, nie można jej jeszcze uznać za skończoną i nie wymagać udoskonalenia następnego wydania. Dostrzega to i sam redaktor, zwłaszcza co do objętości pewnych rozdziałów, zwracając już w przedmowie uwagę, że n. p. rozdział o wychowaniu fizycznem będzie musiał być w drugiem wydaniu rozszerzony. Zdaje mi się, że to samo ze względu na najszersze koło czytelników podręcznika, to jest ze względu na koła nauczycielskie — dotyczy rozdziału o rozwoju fizycznym dziecka i rozdziału o chorobach wieku szkolnego; zbyt treściwe wydają mi się także ustępy o szkołach i urządzeniach dla dzieci słabowitych i o harcerstwie. Nasuwa się też pytanie, czy w drugiem wydaniu nie należałoby zebrać w jednym osobnym ustępie uwag o pozaszkolnej higjenie wieku szkolnego i czy z praktycznych względów nie byłby pożądany osobny ustęp o higjenie młodzieży żeńskiej? Rozumiem trudności, które zwiększanie pewnych rozdziałów i włączanie nowych ustępów lub zestawień musi sprawić co do objętości i co do planu dzieła; ale trudności te pokona redakcja w drugiem wydaniu z pewnością, skoro większe trudności zdołała pokonać w pierwszem. Zresztą, w zamian za rozszerzenie jednych, możnaby skrócić inne ustępy, zwłaszcza polemiczne; możnaby z cyfrowych tabel pozostawić tylko te, które dają cyfry przeciętne z dużego materjału, a po szczegółowem zestawieniu odesłać do piśmiennictwa: możnaby — z jeszcze mniejszym uszczerbkiem — opuścić ustępy podwójne, n. p. podając szczegóły o sali gimnastycznej i boiskach, albo wyłącznie w rozdziale o gimnastyce, albo wyłącznie w rozdziale o budynku szkolnym, podobne szczegóły co do higjeny wzroku i t. p.

Przypuszczam, że w wydaniu następnem powiedzie się złagodzić inny jeszcze skutek opracowania zbiorowego, to jest pewną niejednolitość w sposobie ujęcia przedmiotu przez autorów; jedni z nich, zdaje się, liczyli raczej na czytelników lekarskich, drudzy mieli na myśli przedewszystkiem pożytek nauczycielstwa, niektórzy tylko uwzględniali obie grupy. Jednomierne uwzględnienie obu grup jest z pewnością bardzo trudne, gdzie więc wykonać się nie da, tam należałoby, jak sądzę, mieć na oku przedewszystkiem grupę większą, to jest nauczycielstwo. Dlatego wydaje mi się usterką pominięcie w rozdziale o chorobach wieku szkolnego symptomatologji ostrych chorób zakaźnych. Nieprędko jeszcze będą mieć lekarzy szkolnych wszystkie szkoły, nawet po miastach; szkółki wiejskie nie będą ich mieć chyba nigdy lub bardzo wyjątkowo. Gdzie lekarza niema, tam musi nauczyciel o zasadniczych przynajmniej objawach chorób zakaźnych wiedzieć tyle, aby sam mógł wpaść choćby na przypuszczenie, zapobiegać, choćby prymitywnie, szerzeniu się nagminnemu, rozeznać, choćby to, czy ma wezwać lekarza. Odniosłem dalej wrażenie, że nawet niektóre z tych rozdziałów, które pisano z myślą przedewszystkiem o czytelnikach-nauczycielach, nie zawsze uwzględniają w dostatecznej mierze szkołę wiejską; a przecież szkoły na wsi stanowią ogromną przewagę w naszem szkolnictwie, a wśród tych znów szkół stanowią i zapewne długo jeszcze stanowić będą przewagę szkoły, pracujące w warunkach bardzo niehigjenicznych. Czy więc nie należałoby podać w podręczniku praktycznych wskazówek, jakby można złagodzić przynajmniej niektóre z tych złych warunków? W tworzącem się dopiero szkolnictwie naszem jest wielki niedobór nauczycielstwa wykształconego w seminarjach i na zasadzie uzyskanych tam wiadomości z higjeny umiejącego sobie poradzić; wszystkich innych, potrzebujących uzupełnienia studjów, trzeba w rzeczach higjeny przeważnie prowadzić za rękę, bez czego, mając z jednej strony tylko książkowy ideał szkoły, a z drugiej, w rzeczywistości, zupełne jego przeciwieństwo, nie wiedzą nieraz nawet, od czego zacząć poprawę higjeniczną. Dla tych konieczny jest w podręczniku pewien dogmatyzm, a w każdym razie proste i stanowcze wytknięcie drogi, nieraz poprostu szczegółowe przepisy. Takim zupełnie praktycznym informatorem i poradnikiem jest n. p. rozdział o lekarzu szkolnym i opiece lekarskiej w szkole, albo rozdział o higjenie internatów. Natomiast niektóre inne, zresztą nader pouczające rozdziały, jak o higjenie organizacji nauczania, rozstrzygające nowe plany szkolne Ministerstwa, nadawałaby się w tej formie raczej może do specjalnego czasopisma pedagogicznego, albo jako uzasadnienie jakiegoś wniosku do władz szkolnych, niż do podręcznika, który ma służyć do nauki ogółowi nauczycielstwa. Takie dyskusyjne ujęcie rzeczy jest nie zawsze korzystne dla właściwych celów podręcznika.

Wreszcie wynikiem pracy zbiorowej (który coprawda bardzo łatwo w drugiem wydaniu poprawić) jest niejednolitość w przytaczaniu piśmiennictwa: jedni podają go dużo, drudzy wcale nie, inni tylko wybrane, jedni — z języków obcych, inni (zdaje mi się niesłusznie) tylko polskie. (Oczywiście nie mówię tu o wzorowym końcowym wykazie bibliograficznym prac polskich, mającym inne zadania i znaczenie).

Nie przesądzam, czyby te „pierworodne grzechy" podręcznika, właściwe każdej pracy zbiorowej (zwłaszcza pierwszym wydaniom), nie były mniejsze, gdyby mniej było współpracowników. Wszakże i tak, mimo bardzo widać zabiegliwych starań redakcji, nie wszyscy nasi znawcy higjeny szkolnej do nich należą. Uderza zwłaszcza słaby udział Małopolski. Mimowoli szuka się nazwisk takich, jak K. Bruchnalskiego, prof. Panka, doc. Janiszewskiego i innych.

Prócz zmniejszenia powyżej wymienionych nierówności podręcznika, wynikłych z opracowania zbiorowego, wymienię kilka szczegółów, których zmiana w drugiem wydaniu wydawałaby mi się konieczną. W rozdziale wstępnym wydaje mi się trochę za ostrem zdanie (str. 5), że budownictwo szkolne nie mogło się należycie w Małopolsce rozwinąć; nie przecząc bowiem, że braki są jeszcze wielkie, przypomnę, że postęp w szkolnictwie ludowem był tutaj bardzo wielki, i to zarówno po wsiach pod wpływem przedewszystkiem b. Rady szkolnej krajowej, jak i po miastach większych, z których Kraków n. p zdobył się na niektóre budynki zupełnie wzorowe. Najlepiej byłoby podać tu w podręczniku cyfry ze sprawozdań byłej krajowej Rady szkolnej, a nie od rzeczy byłoby choć jeden planik szkółki wiejskiej według jej norm małopolskich, oraz choć jeden planik szkoły miejskiej krakowskiej najnowszego typu. (Te plany z korzyścią możnaby podać w rozdziale o budynku szkolnym, zamiast n. p. rys, 39, przedstawiającego plan szkoły im Sienkiewicza we Lwowie, którą z jej środkowym, obustronnie obudowanym korytarzem, trudno uznać za przykład do naśladowania). Również pragnęłoby się we wstępie widzieć silniej podkreśloną rolę Henryka Jordana na wszelkich polach higjeny młodzieży. Prócz uchwał zjazdu nauczycielskiego w Warszawie zasługiwałyby może na wzmiankę wytrwałe prace Sekcji wychowania fizycznego Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych we Lwowie i w Krakowie. Może to jaki małopolski patrjotyzm zdanie moje zabarwia, ale zdaje mi się, że tezy, zawarte w książce „O szkołę polską" znacznie wpłynęły na brzmienie owych uchwał warszawskiego Zjazdu. Na str. 14 jest omyłka co do artykułu Żulińskiego w lwowskim „Przeglądzie Lekar-

skim" (który tylko w Krakowie wychodził). Na następnej stronie zdawałoby mi się na miejscu wzmianka o założonych przez Jordana Towarzystwie higjenicznem i „Przewodniku".

Bardzo trafna uwaga w rozdziale o budynku szkolnym, że nie można zalecać szablonowych budynków, wszędzie powtarzanych, że jednak może być mowa o wzorowych typach małych szkółek wiejskich, powinnaby być uzupełniona rzutami poziomemi innych jeszcze takich wzorów prócz 3, podanych na str. 35, 39 i 41; możeby warto użyć do tego planów szkół już stojących, oraz projektów zawartych w publikacjach krakowskiego „Obywatelskiego komitetu odbudowy kraju". Rycinie 42 brak dokładnego objaśnienia, bez którego sama nie jest dla profana dostatecznie zrozumiała. (Wydaje mi się ona zresztą niekonieczna, podobnie, jak i ryciny 44, 45 i 46). W tym rozdziale, rzeczowo bardzo dobrym, należałoby poprawić niektóre usterki językowe, jak „ograniczyć się jednym zbiornikiem", „woda doprowadza się".

W rozdziale o rozwoju fizycznym dziecka godziłoby się przeliczyć w tabeli na str. 162 funty na kilogramy, opuścić tabele z małą liczbą pomiarów, poprawić zdanie, że „kości łatwo się wyginają dzięki pochodzeniu chrząstkowemu lub łącznotkankowemu" (str. 165), że „dzięki szerokości naczyń i temu, że ścianki naczyń są cienkie, ciśnienie jest słabe" (str. 167), uzupełnić wyliczenie gruczołów dokrewnych na str. 175, poprawić mylne twierdzenia o czynności przysadki, o budowie grasicy (str. 176), określenie śledziony (str. 177).

Zasługiwałaby na spopularyzowanie i poza podręcznikiem, podana w następnym rozdziale, trafna teza, że „wychowanie fizyczne tylko dlatego nazywamy „fizycznem", iż operuje środkami fizycznemi, osiągając jednak wyniki, wkraczające często na pole rozwoju intelektualnego, jeszcze częściej zaś moralnego. Rozpowszechnienie i rozwinięcie tej tezy i rzeczywiste jej zrozumienie przez sfery lekarskie i pedagogiczne miałoby wielką doniosłość, bo do dziś nawet wśród śmiałych pedagogów i lekarzy bywa wychowanie fizyczne mylnie uważane za dział zupełnie odrębny od innych działów wychowania, który można powierzać ludziom bez ogólnego wykształcenia pedagogicznego. Błąd to fatalny.

Rozdział o higjenie wychowawczej był już omówiony w „Przeglądzie Lekarskim" z r. z. Rozdział o sposobie nauczania powinien czytelnik-lekarz przestudjować szczególnie starannie, a, o ile nie studjował pedagogji, uzupełni go jeszcze lekturą samodzielną. Jak już wyżej wspomniałem, niektóre ustępy tego rozdziału sprawiają na mnie wrażenie zbyt dyskusyjnego ujęcia tematu. Higjena czytania i pisania nie bardzo zdają mi się podpadać pod godny tytuł działu: „Życie psychiczne dziecka". Oba te ustępy zaczepiają o higjenę wzroku, o której raz jeszcze mowa w ustępie o chorobach oczu; w tym punkcie, sądzę, możnaby osiągnąć większą treściwość. Oba te ustępy odznaczają się praktycznem przedstawieniem rzeczy.

Z następującego działu: „Szkoły dla dzieci upośledzonych" zasługiwałby rozdział trzeci (o dzieciach słabowitych) na szersze rozwinięcie, szczególnie ustęp o kolonjach i półkolonjach. Zdaje mi się, że niezupełnie słusznie ujęto tu sprawę kolonij i półkolonij wyłącznie w ramy urządzeń dla dzieci „słabowitych". Jest to bowiem urządzenie, które powinno objąć i powoli obejmuje szerokie koła dziatwy miejskiej. W tym rozdziale przydałyby się, mojem zdaniem, szczegółowe wskazówki praktyczne o pomieszczeniu i prowadzeniu tych urządzeń wakacyjnych. Twórca pierwszych w Polsce półkolonij, T. Janiszewski, zasłużył na wzmiankę tutaj. Należałoby też nadmienić, że półkolonje powinny być blisko miasta, ale poza jego granicami; największe place czy ogrody w obrębie miasta są tylko surogatem pomieszczenia półkolonij.

O zmianach, które wydają mi się pożądane w dziele o chorobach wieku szkolnego, wspomniałem powyżej.

W rozdziale o lekarzu szkolnym i opiece lekarskiej w szkole jest między innemi wielką zaletą praktyczną przytoczenie wszystkich wydanych dotąd w Polsce przepisów, rozporządzeń, wzorów i zaopatrzenie ich w szczegółowe komentarze. Rozdział o opiece społecznej na terenie szkoły jest z korzyścią dla rzeczy ujęty w szersze ramy opieki społecznej nad młodzieżą wogóle, kreśli jednak prace organizacji, do której chyba nieprędko dojdziemy. Rozdział o ochronach przekracza właściwie program książki (Higjena „szkolna"). Rozdział o internatach wydaje mi się należeć do najlepiej napisanych ze względu na cel podręcznika i mające z niego korzystać koła.

Zastrzegłszy z góry, że wymienię tylko to, w czem wydają mi się potrzebne zmiany, nie będę się rozwodzić nad zaletami „Higjeny szkolnej". Dostrzegą je zresztą z łatwością czytelnicy. Jako niezmiernie potrzebny i pożyteczny mieć ich będzie ten podręcznik bardzo wielu i napewno wkrótce będzie rozchwytany, choćby go nawet Ministerstwo wyzn. r. i oświecenia publ. nie było zaleciło, o czem znajduje się wzmianka w samym podręczniku, zapewne pochodząca od nakładcy. Poza tą wzmianką zasługuje nakładca na zupełne uznanie za szatę zewnętrzną podręcznika.

Ciechanowski.

Prof. D. D. Pletszew. **Dur osutkowy.** Doszła do nas (via Stokholm) z Rosji sowieckiej książka, wydana w r. 1921 w Piotrogrodzie, nakładem komitetu technicznego Komisarjatu ludowego dróg komunikacyjnych. Na 127 stronicach autor w sposób dostępny i jasny przedstawia historję, epidemjologję, bakterjologję i obraz kliniczny wraz z leczeniem tej choroby, która w latach wojny dziesiątkowała ludność dawnego państwa rosyjskiego. Dla ogółu interesujące są dane statystyczne, dotyczące Rosji, jako nigdzie dotąd nie ogłaszane. W r. 1914 ogólna cyfra zachorowań na dur osutkowy w Rosji (bez Polski i Litwy) wynosiła 89.463, tj. na milion ludności 5,9; w r. 1915 — 100.497 — na miljon 6,7, w r. 1916 — 133.650 — na 1 m. 8,8 (w r. 1909 na 1 mil. 11,6, w 1907 3,5). W r. 1918, według danych otrzymanych z 39 guberni Rosji europejskiej liczba zachorowań wynosiła 105.929 — największa w gub. tambowskiej — 20093. W r. 1919 w 47 gubernjach Rosji europejskiej, łącznie z Syberją, liczba zachorowań doszła do 2,040.850 (największe cyfry w gub. tambowskiej 222.457, orłowskiej — 151.530, saratomskiej — 152.981, woroneżskiej — 111673, rjażańskiej — 108.106, kurskiej — 106. 981). W r. 1920 — ogólna liczba zachorowań wynosiła w styczniu 355.666, w lutym 389.898, w marcu 343.624, w kwietniu 158.308, w maju 28236. Śmiertelność podczas epidemji duru osutkowego w Rosji w latach 1918—1919 wynosiła w różnych miesiącach od 2,8—7%, w latach 1919—1920 wahała się od 3—16%. Ogólna śmiertelność podczas tych 2 pandemji pośród ludności cywilnej wynosiła 782.229 przyp śmierci na 4,317.495 zachorowań (Sysin). Śmiertelność pośród młodszego personelu lekarskiego w gub. moskiewskiej w r. 1918—1919 wynosiła 10% — wśród lekarzy 22%. W gub. Moskiewskiej w r. 1919 na 263 lekarzy zachorowało na dur osutkowy 47, zmarło 9 (19,1%), na 661 felczerów zapadło na dur plamisty 52, zmarło 9 (17,3%), na 148 osób niższego personalu zachorowało 42, zmarło 2 (4,7%)

Bardzo szczegółowo autor analizuje poszczególne objawy duru osutkowego, ilustruje je przykładami z własnej praktyki. Szkoda, że nie podaje sposobów walki z tą chorobą w swoim kraju. Dane statystyczne oparte są na sprawozdaniach rocznych urzędowych, niektóre na dwutygodniowych doniesieniach. W spisie piśmiennictwa nie znajdujemy nazwisk autorów polskich. Wydanie dość staranne, choć na lichym papierze, kilka tablic statystycznych i kilkanaście krzywych ciepłoty. Ortografja najnowsza (bez twardych znaków i jat'). Osobna broszura. Piotrogród 1921

A. Puławski (Warszawa).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 37. 1921

Kehrer. **Gruźlica a ciąża.** Tak zwana utajona gruźlica, w jakikolwiek sposób wyleczona, nie doznaje w 80% przypadków pogorszenia w czasie ciąży, porodu i połogu. Odnowienie sprawy gruźliczej następuje w czasie ciąży w blisko 10%, w czasie ciąży i połogu razem w około 20% przypadków. Wobec tej możliwości odnowienia sprawy gruźliczej należy kobietę ciężarną, która kiedykolwiek przeszła gruźlicę płuc, poddać stałemu nadzorowi lekarskiemu i dążyć do jaknajwiększego jej wzmocnienia.

W przypadkach, w których gruźlica dopiero w czasie ciąży wystąpiła, należy jej ocenę ustalać na podstawie podziału na okresy według Turbana.

Turban I. Gruźlica może się, podobnie jak w okresie utajonym, zatrzymać, jednakże istnieje zawsze niebezpieczeństwo pogorszenia się sprawy gruźliczej i często postępowanie zachowawcze prowadzi do prosówki; jedynie więc w dogodnych warunkach socjalnych i higjenicznych, przy stałym nadzorze lekarskim można ominąć przerwanie ciąży. W razie braku wymienionych warunków należy raczej przerwać ciążę. Pamiętać również należy, że pierworódki i kobiety, u których ciąże następują w krótkich po sobie odstępach, najbardziej są narażone, dalej, że drugi i trzeci miesiąc jest niejako okresem krytycznym.

Turban II. Pogorszenie w 80% przypadków, a w późniejszym okresie połogu jeszcze więcej; należy zasadniczo przerwać ciążę (gruźlica w tym okresie jest bezwzględnie wskazaniem do przerwania ciąży).

W okresie I. i II. (Turban) sprowadza przerwanie ciąży polepszenie sprawy gruźliczej w 80—90%, co przemawia również za zależnością gruźlicy od ciąży.

W okresie I. (Turban) najlepiej przeprowadzić opróżnienie macicy przez pochwę, bez sterylizacji trąbek. W okresie II. (Turban) należy wyjąć ciężarną macicę wraz z przydatkami od strony brzusznej (Bumm), i to w znieczuleniu krzyżowem lub podobnem, unikać zaś należy nie tylko narkozy wdechowej, lecz również i znieczulenia lędźwiowego.

W okresie III. (Turban) wyjęcie całkowite jest bezcelowe, może jedynie sprowadzić przedłużenie życia.

W końcu wskazuje autor na ogromne znaczenie, jakie dla ciężarnych gruźliczych przedstawia leczenie w zakładach, oraz na walkę, jaką w tym kierunku należy staczać z kasami chorych, które takim chorym odmawiają leczenia w zakładach lub też sprawę odwlekają.

Köffler. **Spostrzeżenia nad zakażeniem gruźliczem w rodzinie.** Autor poddał (celem wyjaśnienia niebezpieczeństwa zakażenia gruźliczego w rodzinie) cały szereg domów dokładnej obserwacji i badaniu klinicznemu oraz odczynem tuberkulinowym. Chorych, będących roznosicielami zarazków wzgl. ośrodkiem zakaźnym, dzieli autor na trzy grupy: 1. wyrzucająca bardzo wielkie ilości prątków gruźliczych, 2. tylko w małej ilości wzgl. rzadko, oraz 3. dająca jedynie objawy kliniczne, bez prątków. Wyniki swych badań streszcza autor następująco:

I. Chorzy wyrzucający wielkie ilości laseczników zakażają wszystkie swoje dzieci.

a) Jedynie oseski w pierwszym roku życia często nie zakażają się;

b) skoro jednak i one się zakażą, wówczas wszyscy rodzeństwo są zakażeni.

II. Chorzy z plwociną, zawierającą małą ilość laseczników, nie przedstawiają źródła zakażenia dla innych członków rodziny podobnie niebezpiecznego, jak poprzednia grupa.

III. Chorzy bez prątków nie przedstawiają źródła za każenia.

IV. Chorych bez prątków, jednakże z klinicznie ciężkimi objawami gruźlicy płuc, z obfitą często krwawą plwociną, należy uważać za cierpiących na »względnie otwartą gruźlicę« i dla swych dzieci nader niebezpiecznych.

V. Dzieci małe, ponad 1 rok, zakażają się bezwzględnie, skoro możność zakażenia jest wielka i trwa przez dłuższy przeciąg czasu. Dzieci takie zapadają często zaraz po pierwszem zakażeniu i wykazują wysoką śmiertelność.

VI. Dzieci małe w otoczeniu chorych, u których laseczniki znajdują się rzadko i w małej ilości, nie wykazują tak wielkiej skłonności do gruźlicy.

VII. Dzieci ponad 2 lata zakażają się — mimo korzystnych dla zakażenia warunków — o wiele rzadziej, a śmiertelność ich jest odpowiednio mniejsza.

VIII. Dzieci chorych, wyrzucających wielkie ilości laseczników, są wskutek ciągłych zakażeń powtórnych bardzo czułe na tuberkulinę, są w stanie stałego uczulenia.

Kauffmann. **Czas utajenia uczucia bólu w strefach na ból nadmiernie wrażliwych wobec ciepła jako podniety.**

Kisch. **Mierzenie napięcia powierzchniowego, jako metoda fizjologiczna i kliniczna.** Krótki opis metody i podanie znaczenia tejże dla klinicysty.

Haab. **Zasadnicze polepszenie badania wziernikowego.** Autor podaje wyniki swych doświadczeń przy użyciu mocnego światła, jakie daje polecona przez Stählі'ego lampa $\frac{1}{2}$ wattowa, a którą pod nazwą *Azo-projektionslampe* dostarczają zakłady elektryczne. Przy użyciu wspomnianej lampy można w bardzo licznych przypadkach, w których zwykłe światło okaże się niedostatecznem, dostrzec zmiany chorobowe na dnie oka, które dla oceny przypadku, czy wogóle rozpoznania, są niezbędne.

Holzknecht. **Wysokość dawki rentgenowej z biologicznego punktu widzenia.** Nie dla wszystkich chorób można w leczeniu promieniami Roentgena używać dawek o tejsamej wysokości. T. zw. jednoczasowa dawka maksymalna (*einzeitige Höchstdosis*) daje znakomite wyniki przy raku i innych złośliwych nowotworach, jednakże we wszystkich prawie innych chorobach należy stosować średnie lub wręcz małe dawki. Dawkowanie wogóle należy uzależnić zarówno od przypadku jego ciężkości, jak i od stanu samego chorego. Poza nowotworami złośliwymi we wszystkich prawie przypadkach chorobowych dawka winna być tem mniejsza, im cięższy mamy przed sobą obraz, im ustrój jest bardziej zaatakowany. Należy zerwać z ujednostajnieniem sposobu dawkowania w celu ułatwienia metody, a niejednokrotnie połączonem z wyraźną szkodą chorego. Winno się stosować jedynie takie dawki, które są konieczne do osiągnięcia zamierzonego skutku leczniczego.

Kloiber. **Znaczenie badania niedrożności jelit za pomocą promieni Roentgena na podstawie stu przypadków.** Na 100 przypadków dwa razy tylko postawiono na podstawie prześwietlania złe rozpoznanie, we wszystkich innych przypadkach operacja potwierdziła rozpoznanie. Należy podkreślić, że w licznych przypadkach zachodziła potrzeba rozpoznania różniczkowego, przyczem rozpoznanie na podstawie rentgenogramu, przeciwne rozpoznaniu klinicznemu, okazało się przy operacji słusznem.

Zill. **W sprawie uleczalności rzerzączki u kobiet.** Statystyka na podstawie 297 przypadków, leczonych w przychodni II. Kliniki ginekologicznej uniwersyteckiej w Monachium. Rzerzączka daje się i w przychodni wyleczyć, o ile nakład pracy i odpowiednie uświadomienie chorych współdziałają. Autor podaje sposób leczenia, używany z dobrym skutkiem, oraz podaje dokładną statystykę chorych leczonych i wyleczonych.

Raab. **Leczenie osłabienia krwi obiegu za pomocą kąpieli elektrycznych.**

Lorey. **O środkach ochronnych w zakładach rentgenologicznych.**

Pette. **Ostre zaburzenia oddechowe przy wiądzie rdzenia.** Podanie przypadku chorobowego, w którym po podaniu morfiny jako zastrzyku, z powodu napadu gastrycznego, lecz również i bez morfiny, nastąpiło ustanie oddechu, a bezdech ten mógł utrzymać się i kilka minut. Chory w przypadku autora zakaził się przed 12-tu laty i ma wszelkie objawy rozwiniętego wiądu rdzenia. Autor uważa bezdech za skutek porażenia ośrodka czyto z powodu niedokrwienia, wywołanego skurczem naczyń, czyto z powodu wybiórczego zadziałania jadu (prątków kiły ?) na sam ośrodek oddechowy, przyczem morfina bez wątpienia mogła się przyczynić do wywołania katastrofy.

Riedel. **Zabieg operacyjny dla uratowania życia w przypadku przedkręgowego ropnia gruźliczego w tylnej części śródpiersia.**

Eschenbach. **Operacja w przypadkach wielkiego opadnięcia odbytnicy.**

Hase. **Przyczynek do sprawy tępienia wszy głowowych.**

Kayser-Petersen i Stoffel. **Doświadczenia ze stosowaniem »elektroferrolu«.**

Veilchenblau. **Przyczynek do leczenia »Optarsonem«.**

Schmidt. **Zastosowanie pręcików z gąbczaku (Bimstein) przy granulozie.**

Klare. **Objaw d'Espine'a przy rozpoznawaniu u dzieci gruźlicy gruczołów oskrzelowych.** Celem wysłuchania »czystego tonu tchawicznego« używa autor specjalnej słuchawki.

Wieting. **Ogólna djagnostyka zachorzeń stawu biodrowego, nie wywołanych bezpośrednio przez uraz.** *Piechowski* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Higjena i Bakterjologja.

The Journal of infectious diseases.
T. 29. Nr. 4. 1921.

Nedin M. i Bittman F. **O odrze wywoływanej doświadczalnie u królików i małp.** Autorki chciały sprawdzić, czy można wywołać odrę u królików — doświadczenie dotąd nie opisywane. W tym celu użyto 17 królików, którym przed doświadczeniem golono skórę na szyji, tułowiu i udach. Sześciu królikom wstrzyknięto dożylnie krew (1—15 cm.^{3}) dzieci chorych na odrę; 3-em królikom krew z 2-go dnia, dwom z trzeciego i jednemu z 4-godnia choroby. Pozatem 11 królikom wstrzyknięto również dożylnie krew tych 6 królików w okresie ich zachorzenia. Wszystkie zwierzęta 1-ej serji i 9 z 2-ej zachorowały w 3—7 dni po wstrzyknięciu krwi przy objawach mniej więcej jednakowych, a mianowicie: u wszystkich zwierząt sprawa zaczęła się od małych czerwonych plamek na śluzówce jamy ustnej, u 5-ciu królików gdzieniegdzie z białemi punkcikami pośrodku, 12 razy stwierdzono zapalenie spojówek. Między 3—8 dniem występowało zaczerwienienie skóry, u 8-miu królików prócz tego oddzielne plamy na klatce piersiowej, plamy nie przypominające wykwitów odry ludzkiej. Autorki zaznaczają, że limfa ospowa zaszczepiona królikowi daje również wykwity odmienne co do wyglądu.

od ludzkich. Po zejściu plam i zaczerwienienia następowało łuszczenie drobne, lub grubsze, zarówno na miejscach gołonych jak owłosionych. Zastrzyknięcie małpom krwi z serca od 5-ciu chorych królików wywoływało 3-go dnia leukopenię. 4-ego dnia zaczerwienienie skóry, zapalenie spojówek, oraz wysypkę i białawe plamki na śluzówce jamy ustnej; 5-ego dnia — wysypka plamisto-gurkowa na twarzy, między 6—9-em dniem łuszczenie. Przez wstrzyknięcie małpie 10 $cm.^3$ krwi dziecka z objawem Koplika spowodowano 6-go dnia zakatarzenie śluzówek, 7-go dnia — Koplika oraz »rash«, potem pigmentację i łuszczenie.

Chcąc wykluczyć poboczne działanie golenia lub krwi, jako takiej, autorki wstrzykiwały królikom również ogolonym krew normalną, krew chorego na zapalenie płuc, na nagminne zapalenie mózgu: zaczerwienienie skóry wystąpiło w 48—72 godzin po ogoleniu, poczem znikło bez śladu.

Badanie bakterjologiczne krwi i łusek chorych zwierząt dało wyniki ujemne. *M. Erlichówna* (Warszawa).

Revue internationale d'hygiene publique
T. 2. Nr. 1. 1921.

M. Garcia Banus. **Badania Nogucchiego nad febrą żółtą.** Żółta febra, jedna z najstraszniejszych plag czasów ubiegłych, jest w okresie znikania. Amerykanie w 1903 roku wygnali żółtą febrę z wyspy Kuby, podobny wynik osiągnięto w 2 lata później w okolicach kanału panamskiego. Takież wyniki otrzymano w Rio de Janeiro; mimo tego przyznać trzeba, że żółta febra nie wygasła jeszcze w Afryce i Ameryce.

Wielkim krokiem naprzód w walce z żółtą febrą było wykrycie swoistego zarazka przez Noguchiego. Mikroorganizm ten znajduje się we krwi chorego na 3 a nawet na 4 dzień po wystąpieniu objawów chorobowych, ginie po 10 minutach w ciepłocie 55°C.; jest tak drobnym, że przechodzi przez świeczki Chamberlanda, po 48 godzinach znika w krwi trzymanej w pracowni, przenosicielem jest komar setegrunjia, który dopiero w 12 dni po wypiciu krwi chorego może przenosić zarazki.

Krętki żółtej febry znajdują się w znacznej ilości w hodowlach z krwi pochodzącej od chorego; hodowlą taką można zakazić świnki morskie, objawy charakterystyczne występują odrazu. Zarazek odkryty przez Noguchiego jest to bardzo mały krętek, nazwany przez niego *Leptospira icteroides*, barwi się dość trudno, rośnie na pożywkach z surowicą, jest względnym beztlenowcem. Doświadczalnie, z pomocą ukąszenia komarów, udawało się krętki przenosić z chorych na zdrowe świnki. Zaznaczyć trzeba, że przebycie żółtej febry wywołuje odporność, świnki morskie, które przeszły zakażenie spowodowane zastrzyknięciem krwi osobnika chorego, są uodpornione na działanie szczepu nawet bardzo jadowitego.

Surowica uzdrowieńców po żółtej febrze zawiera odpowiednie przeciwciała: jeżeli razem ze szczepem Leptospiry zastrzyknięto śwince wspomnianą surowicę, zakażenie, o ile wogóle występowało, miało przebieg znacznie łagodniejszy, taka surowica z leptospirami daje bardzo wyraźny odczyn Pfeiffera.

Wyniki te otrzymane przy leczeniu choroby wywołanej doświadczalnie na świnkach morskich, stanowią ważną część dzieła, dokonanego przez Noguchiego. Surowica wielowartościowa otrzymana przez szczepienie różnorodnemi szczepami, posiada znaczne własności lecznicze. Jeżeli surowicy tej użyjemy przed pojawieniem się gorączki — choroba nie wybuchnie, gdy jest użytą po wystąpieniu gorączki i żółtaczki — wstrzymuje rozwój tej ostatniej i nadaje całej sprawie przebieg łagodny. Wyniki tak pomyślne pozwalają mieć nadzieję, że przy zakażeniu prawdziwem a nie doświadczalnem, leczenie surowicą wpłynie na znaczne zmniejszenie śmiertelności (obecnie 30—50 na sto). Zdaje się również, że w razie wybuchu epidemji, będzie można stosować szczepienia ochronne. *Zofia Bichniewicz* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archive of internal médecine.
Marzec, 1921.

Burke, C. Elder, D. Pischel. **Leczenie otrucia kiełbasianego.** Badania lekarskie w ostatniem dziesięcioleciu posunęły naprzód sprawę leczenia zatrucia kiełbasianego i poznania *Clostridium botulinum* (prątka kiełbasianego). Dickson zwrócił uwagę na częstość zachorowań w Stanach Zjednoczonych, wykrył jad w konserwach z owoców i jarzyn, zaznaczył istnienie dwóch typów toksyn. Burke dowiodła, iż zarodniki są bardzo wytrzymałe na ogrzewanie i potwierdziła obecność dwóch typów *C. botulinum A.* i *B.* Graham ustalił związek pomiędzy zatruciem paszą i *C. botul.*

Obecnie mamy dosyć dokładne pojęcie o tych drobnoustrojach i objawach, które wytwarzają jady w człowieku i zwierzętach domowych. Badanie piśmiennictwa nie zachęca do leczenia nieswoistego. Na przyszłość doświadczenia powinny iść drogą: 1) ustalenia czynności jadu w ustroju, 2) określenia rozległości wytwarzania się jadu i sposobu zapobiegania temuż, 3) zapewnienia obrony przez wprowadzenie przeciwjadów w okresie rozwijania się objawów, 4) wynalezienia leczenia przedwstępnego, aby opóźnić lub zapobiedz dalszemu wchłanianiu się jadów, zanim zjawi się pomoc lekarza i zastosuje się przeciwjady.

Dotychczas nie znamy istoty działania jadu przy otruciu kiełbasianem. Jako skutek zjawia się utrata kontroli mięśniowej, śmierć wskutek zatrzymania się oddechu; nie wiadomo, czy dzięki wpływowi ośrodkowemu, czy obwodowemu. Są dane, wskazujące na to, iż zatrucie kiełbasiane zależy nietylko od zakażenia gotowym jadem, lecz i prątkami. Stąd wypływałaby wskazówka do postępowania. Dotychczasowe leczenie przeciwjadami mogło nie dawać wyników pożądanych z powodu zbyt późnego stosowania środka, lub dla tego, iż stosowano przeciwjady odmienne.

Autorowie sądzą, iż ustrój ludzki zakaża się najczęściej dzięki przenikaniu drobnoustrojów wraz z jadami, które rozwijają się dalej w przewodzie pokarmowym, gdy nastąpi porażenie jelit. Leczenie dróg pokarmowych polegać musi na wypłukiwaniu, zobojętnianiu jadów.

Autorowie załączając szereg tablic, oświetlających ich doświadczenia, wyprowadzają następujące wnioski:

Zepsute, zawierające gaz, pożywienie może pozornie gotować się przed dojściem do istotnego punktu wrzenia, to też wszelkie pokarmy podejrzane powinno się starannie gotować conajmniej przez pół godziny.

W Ameryce zatrucia wykrywano tylko po spożyciu pokarmów przechowywanych. Nie dowiedziono, aby zatrucie zależeć mogło od przenikania wyłącznego drobnoustrojów lub aby nieodzownem było przedostawanie się wraz z jadami drobnoustrojów. Króliki uratować można w okresie wczesnym zatrucia przez dożylne wstrzykiwanie surowicy równorzędnej. Tłuszcze i oliwa jadów nie zobojętniają, lecz zapobiegają szkodliwemu ich działaniu, o ile je wstrzyknąć podskórnie w zawiesinie z jadem.

Ze środków, mających wpływ na zobojętnienia jadów, wymienić należy ocet jabłkowy, nadmagnian potasu, mydło płynne, chlorek epinefryny, wreszcie jodynę oraz jodynę z dodaniem pewnej ilości krochmalu (aby zapobiec martwicy tkanek). Jodek potasu jadów nie zobojętnia; rozczyn Grama wywiera pewien wpływ, o ile go wprowadzić bezpośrednio po jadzie. Leczenie swoiste polegać musi na stosowaniu surowicy wielowartościowej, gdyż nie posiadamy sposobów, aby określić odrazu, jakiego typu jad zakaził ustrój. Surowica powinna być bakterjobójczą lub bakterjolityczną a zarazem antytoksyczną. Wstrzykiwać należy ją dożylnie w okresach wczesnych; nie jest w stanie ona podziałać na uszkodzony już układ nerwowy.

Leczenie ogólne zasadzać się musi na leczeniu dróg pokarmowych i pobudzaniu układu nerwowego; a więc dopóki nie wiadomo, czy jad nie uszkadza bezpośrednio przewodu pokarmowego lub nie wytwarza się w nim, wskazane są wypłukiwania i zobojętniania jadów. W daleko posuniętych przypadkach pilokarpina usuwać może męczący śluz z gardzieli. Układ nerwowy doskonale pobudza strychnina.

Śmiertelność z zatrucia wynosi w Stanach Zjednoczonych od 60—70%. Wśród pierwszych objawów umiera 90%, późniejszych 60%. Z wymiotujących umiera 75%; wymiotów zatem nie można uważać za objaw pomyślny.

J. Drac (Warszawa).

Deutsches Archiv für Klinische Medizin.
T. 135 V. i VI. 1921.

G. Scharman. **Ostre wieloogniskowe zapalenie mięśni po zatruciu gazem świetlnym i zmarznięciu.** 49-letni człowiek w stanie nietrzeźwym zaczadził się gazem świetlnym i w tym stanie przeleżał na lewym boku całą noc na zimnej posadzce. W związku z tem wystąpiły obrzmienie i silna obolałość lewego ramienia, które się coraz bardziej wzmagały i po dwu dniach zaznaczyły również na lewej nodze. Wśród silnych bólów głowy, oligurji białkomoczu i wzrastających obrzęków chory zmarł. Oględziny pośmiertne wykazały ostre zapalenie mięśnia sercowego i nerek wraz ze zmianami uremicznemi w osierdziu i przewodzie żołądkowo-jelitowym. Makroskopowe i drobnowidowe badania mięśni ujawniły we wszystkich prawie mięśniach lewej strony, zwłaszcza przedramienia, goleni mięśni piersiowych typowe zmiany wyrażające się w krwotocznych nacieczeniach, ziarneczkowatem i jamkowatem zwyrodnieniu, zaniku prążkowania i wyraźnem zwiotczeniu tkanki mięśniowej. Autor jest zdania, że zmiany te zostały wywołane zbiegiem dwóch czynników etjologicznych mianowicie zimna i zatrucia dwutlenkiem węgla. Dalej idących wniosków autor nie wyciąga.

A. Bittorf i M. von Falkenhausen. **Toksyczny obrzęk wątroby pochodzenia żołądkowo-jelitowego.** Częstsze spostrzeżenia pewnego stanu chorobowego, stwierdzonego sporadycznie i w małych skupieniach w ostatnich dwóch latach, dał autorom pochop do wyodrębnienia nowego zachorzenia wątroby, Dotyczyło ono wyłącznie mężczyzn między 25—40 rokiem życia i powodowało u nich brak łaknienia, odbijanie, ucisk w okolicy żołądka, zaparcie stolca i dość znaczne schudnienie. Przedmiotowe badanie wykazało wyraźne powiększenie wątroby, do 4 palców poniżej łuku żebrowego, bez wyraźnego jej stwardnienia, bez żółtaczki, bez urobiliny w moczu, ale zawsze ze znacznem upośledzeniem czynności wątroby (wydzielanie lewulozy w moczu już po 50 gr., pewne zaburzenia w gospodarce białkowej). Dalsze znamiona stanowiły niedokwaszenie żołądka, zaparcie stolca z oznakami silnej fermentacji i bezgorączkowy przebieg.

Wobec tego, że u badanych nie grało roli nadużycie alkoholu, natomiast wszyscy podkreślili ciężkie warunki żywnościowe, szczególnie niedostatek pod względem tłuszczu i stałe używanie bardzo złego chleba, autorowie widzą przyczynę zachorzenia w nieodpowiedniem jakościowo i ilościowo odżywianiu, a może także w chorobliwym rozkładzie przyjętego pokarmu. Stwierdzone przez siebie zachowanie się wątroby w tem cierpieniu autorzy uważają jako wytłumaczenie niektórych właściwości żółtaczki nieżytowej. Dowodząc umiejętnie, że żółtaczka nieżytowa jest pochodzenia mechanicznego, a nie jedynie czynnościowego, jakby chcieli niektórzy badacze, zaznaczają oni, że takie ujęcie patogenezy nie wyczerpuje sprawy, przy żółtaczce nieżytowej bowiem zachodzą wyraźne funkcjonalne zaburzenia wątroby, których niema przy zwykłej żółtaczce (np. skutkiem raka, albo prostego zatkania kamieniem). Zatem żółtaczka nieżytowa byłaby, ich zdaniem, kombinacją dwóch stanów, mianowicie wyodrębnionego przez nich cierpienia czynnościowego wątroby i zatkania przewodu żółciowego ze wszystkiemi jego konsekwencjami. Pierwsze zaburzenie byłoby pierwotnem, a dopiero skutkiem obostrzenia się istniejącego u tego rodzaju chorych nieżytu żołądkowo-jelitowego przez błąd djetetyczny dołączałby się do niego ostry katar dwunastnicy albo samego głównego przewodu żółciowego, uniemożliwiający odpływ żółci. Rokowanie przy ostrym obrzęku wątroby wydaje się być tak, jak i przy zwykłej żółtaczce nieżytowej, dobre, przy dłuższem jego trwaniu jednakże dojść może do ostrego żółtego zaniku lub marskości wątroby. Większa statystyczna częstość tych zachorzeń wątroby w ostatnich czasach przemawiałaby, według autorów za podobnem podłożem etjologicznem.

K. Garling. **Wzór leukocytozy w czasie miesiączkowania.** Powtarzając niedość jednoznaczne badania dawniejszych autorów G. na podstawie obserwacji 37 zdrowych i 9 chorych żeńskich jednostek dochodzi do przekonania, że niema stałego związku między eozynofilją i miesiączkowaniem. Jego zdaniem nie ulega wprawdzie, sądząc podług obrazu hematologicznego, wątpliwości, że miesiączkowanie oddziałuje wybitnie na wegetatywny układ nerwowy, ale zarówno na sympatyczny jak i parasympatyczny. Tak więc brak tu tak samo podrażnienia jednego układu, jak w okresie przekwitania.

W. Weigeldt. **Przyczynki do klinicznego obrazu ostrego, żółtego zaniku wątroby.** (Doniesienie drugie). **Trzy dalsze przypadki z jamkami w leukocytach. Rozpoznanie tych jamek jako kropelki tłuszczowe.** Na podstawie klinicznego i pośmiertnego rozbioru trzech typowych przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby, autor uważa stwierdzone już dawniej przez siebie, niekiedy b. liczne jamki w obojętno-chłonnych leukocytach jako objaw mający dla tego stanu pewne rozpoznawcze znaczenie. Histochemiczne badanie tych jamek wykazało, że składają się z kropelek tłuszczu, najprawdopodobniej estrów cholesterynowych. Te kropelki tłuszczu stanowią zapewne widoczną oznakę współdziałania obojętnochłonnych leukocytów płynącej krwi przy chorobliwym rozkładzie, który się przy ostrym żółtym zaniku wątroby gwałtownie odbywa w miąższu wątrobowym. Z innych hematologicznych objawów autor przedstawia zwiększoną dość znacznie ilość obotętnochłonnych leukocytów, limfopenię i oznaki wzmożonej czynności układu krwiotwórczego jako znamienne dla obrazu chorobowego ostrego żółtego zaniku wątroby.

D. Gerhardt. **O wyczuwalności drugiego tonu nad tętnicą płucną.** We wadach mitralnych i innych sprawach pociągających za sobą przerost prawej komory wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą płucną często wyraźnie się wyczuwa, jednakże nie na zwykłem miejscu, na którem się ten ton wysłuchuje, lecz niekiedy znacznie dalej na zewnątrz i ku dołowi. Przy uwzględnieniu pewnych źródeł błędu zjawisko powyższe może posiadać rozpoznawcze znaczenie, szczególnie dla odróżnienia szmerów przygodnych od prawdziwych mitralnych, oraz przy rozpoznaniu przerostu prawej komory przy równoczesnym przeroście lewej komory.

O. Fels. **Zachorzenie na dżumę Erazma z Rotterdamu.** Rozprawka z dziedziny historji medycyny. Posługując się bardzo ciekawym listem słynnego humanisty, F. rozważa czy Erazm przechodził w r. 1518 dżumę dymieniczą, i dochodzi do przekonania, że tak było istotnie.

Mściwój Semerau. (Warszawa).

Neurologja i psychjatrja.

Revue neurologique.
Nr. 5. (1921).

Babiński i Jarkowki. **O odruchu przeczulicowym.** Autorzy podają trzy obserwacje zespołu Brown Sequard'a, na podstawie których opisują następujący odruch: podrażnienie (np. przez szczypanie) skóry po stronie uszkodzenia, w obszarze przeczulicy bólowej wywołuje odczyn ruchowy po stronie przeciwnej pod postacią kilku gwałtownych ruchów kończyny dolnej, natomiast kończyna po stronie drażnionej pozostaje w spokoju. Nadto towarzyszy temu rodzaj krzyku i wyraz zbolenia na twarzy. W obszarze, gdzie przeczulica nie występuje, musi się użyć dla wywołania powyższego odruchu bodźca znacznie silniejszego. Odruch ten należy odróżnić od odruchu obronnego, gdzie występuje zgięcie i to przedewszystkiem po stronie drażnionej. Co do mechanizmu tego odruchu, przypuszczają autorzy, że jego ośrodek znajduje się powyżej miejsca uszkodzenia i dlatego nie mamy odczynu po stronie uszkodzenia, a jest on uwarunkowany zaburzeniem drogi czuciowej, podczas gdy w odruchu obronnym wchodzą w grę drogi piramidowe.

Barraquer. **Przyczynek do studjum odruchu podeszwowego w przypadkach patologicznych.** U chłopca 12-let. u którego pojawiło się w przekroju choroby zakaźnej wyraźne porażenia połowicze, występowało pod wpływem drażnienia stopy po stronie porażenia silne, dłuższy czas się utrzymujące zgięcie wszystkich palców. Tę inwersję odruchu Babińskiego uważa autor również za wynik uszkodzenia dróg piramidowych. (Uwaga ref.: Te inwersje opisał już u nas Bikeles).

Alquier. **Ból głowy w następstwie nawałn limfatycznego.** Ból ten charakteryzuje się tem, że nie jest trwały, występuje napadowo ze współczesnem napięciem mięśni bocznych i tylnych szyji; topografja jest zmienna. Objawy te występują

w następstwie nacieczenia limfatycznego tkanki podskórnej skóry czaszki i szyji na tle gośćcowem. Przy obmacywaniu tych okolic szyji napotyka się punkty bolesne, których ucisk wywołuje bóle promieniujące. Gdy nagromadzenie się limfy ustępuje, znikają też i objawy wyżej wymienione. Leczenie: obok masarzu części dotkniętych zapaleniem tkanki podskórnej należy stosować fototerapję i arsowalizację, co wpływa korzystnie na ruch limfy.

Duverger i Barré: **Zaburzenia ruchów skojarzonych oczu u wiądowców, parkinsonowców, w zapaleniu mózgu nagminnem i w chorobach błędnika.** U wiądowców istnieją obok dotąd znanych, poraźnych przeważnie zaburzeń gałkoruchowych zaburzenia ruchów skojarzonych, które występują zazwyczaj pod postacią skurczu zbieżności. W drżączce poraźnej stwierdza się przeciwnie zmniejszenie lub brak zbieżności, a podobnie w zespole poencefalitycznym i zapaleniu nagminnem mózgu. Autorowie przypuszczają, że powodem tych objawów mogą być zaburzenia anatomiczne lub fizjologiczne dróg błędnikowych. Zaburzenia wymienione ruchów skojarzonych nie są wyrazem porażenia, lecz przykurczu, właściwiej mówiąc hypertonji. Uważają tę hypertonję za odruchową, źródło zaś odruchu leży w torach błędnikowych. *Orzechowski.*

Położnictwo i ginekologja.

Monatsschrift f. Geb. u. Gynäk.

Otfried O. Fellner. **O działalności wydzielniczej jajników podczas ciąży.** Już Cristofoletti twierdził, iż podczas ciąży niema, jak to dotychczas sądzono, zahamowania działalności wydzielniczej jajników, lecz częstokroć odchylenie jej n. p. przy zmiękn ieniu kości. Fellner, opierając się na zjawisku superfetacji, na badaniach histologicznych, zarówno własnych, jak i innych autorów, na wpływie wydzieliny jajnikowej na krzywą ciśnienia krwi, wreszcie na fakcie przerywania się ciąży pod wpływem działania na jajniki energji promienistej, dochodzi do przekonania, że niema tu zahamowania czynności wydzielniczej, lecz odwrotnie jej wzmożenie — i że przypisać je należy działalności komórek śródmiąższowych.

Dla poparcia swego twierdzenia przedsięwziął Fellner cały szereg doświadczeń, badając wpływ wyciągów jajników na wzrost macicy i zmiany w sutkach osobników płciowo jeszcze niedorozwiniętych. Dla otrzymania wyciągów posługiwał się F. metodą, w głównych zarysach podobną do metody, jaką przed nim posługiwali się Iscovesco i Hermann, do doświadczeń zaś używał wyciągów z samych ciałek żółtych osobników ciężarnych, z jajników osobników ciężarnych, zawierających ciałka żółte, i z jajników osobników ciężarnych nie zawierających ciałek żółtych, do kontroli zaś posługiwał się wyciągiem z ciałek żółtych i wyciągiem z jajników osobników nieciężarnych.

Okazało się, iż wyciąg z jajników osobników ciężarnych, zawierających ciałka żółte, działa znacznie wybitniej, niż wyciąg z samych ciałek żółtych, lub samych jajników osobników ciężarnych; natomiast działanie wyciągu z komórek śródmiąższowych (jajniki nie zawierające ciałek żółtych) równa się działaniu wyciągu samych ciałek żółtych osobników ciężarnych, jak również działanie wyciągu z ciałek żółtych osobników ciężarnych, równa się działaniu wyciągu z ciałek żółtych osobników nieciężarnych; wyciąg zaś z samych jajników osobników nieciężarnych ma wpływ bardzo nieznaczny.

Na podstawie tych wyników Fellner dochodzi do wniosku, że: 1) działalność wydzielnicza jajników w ciąży nie tylko nie cichnie, lecz wzmaga się, 2) wydzielinę w ciąży wytwarzają nie tylko ciałka żółte, lecz i komórki śródmiąższowe, 3) czynność wydzielnicza ciałek żółtych w ciąży równa jest czynności ich poza ciążą, i (na podstawie tego) 4) działalność wydzielnicza komórek śródmiąższowych, która poza ciążą jest nieznaczna, w ciąży znacznie się wzmaga.

Hans Treber. **Trwałość wyników leczenia raka szyjki macicznej energją promienistą.** Ażeby porównać wyniki leczenia raka szyjki macicznej energją promienistą, otrzymane przy stosowaniu tego sposobu leczenia w Monachijskiej poliklinice ginekologicznej, z wynikami tych zakładów, które dotychczas doniosły o otrzymanych wynikach, a mianowicie pierwszej berlińskiej, monachijskiej i wrocławskiej, dzieli Treber według zasady Döderleina cały materjał na 4 stopnie: 1) przypadki nadające się do operacji, 2) przypadki stojące na pograniczu operacyjności, 3) przypadki nie nadające się do operacji i 4) przypadki zaniedbane.

Leczenia przypadków zaniedbanych, jako niedające zupełnie wyników, zaniechano. Treber opiera swoje spostrzeżenia na 200 przypadkach, spostrzeganych w latach 1913—1919, w rachubę jednak do statystycznych danych bierze tylko przypadki do końca 1915 r. Najstarszy z tych przypadków pochodzi z przed 8 lat, najmłodsze pochodzą z przed 3 lat. Wśród spostrzeganych przypadków tylko 9·6% nadawało się do zabiegu operacyjnego, natomiast aż 42·6% było zaniedbanych, w 12·3% leczonych przypadków nastąpiło trwałe wyleczenie.

Porównując swój materjał z materjałem innych klinik, Treber stwierdza, iż w materjale Bumma było 26·2%, Döderleina 20%, Kustnera zaś 16% przypadków pierwszego stopnia. Co się zaś tyczy zaniedbanych przypadków, to porównanie można przeprowadzić tylko z materjałem Döderleina, gdyż zarówno Bumm, jak i Küstner użyli w swych sprawozdaniach innego podziału. Przypadków zaniedbanych Döderlein miał 26·2%, gdy Treber aż 42·6%, czyli w dwójnasób więcej. Dodatnie trwałe wyniki stwierdza się w materjale Küstnera 11% (odsetek najmniejszy, gdyż wszystkie nadające się do operacji przypadki Küstner operuje), Bumma 22·3% (odsetek wysoki, lecz też i ilość nadających się do operacji przypadków największa 26·2%), Döderlein 20%, w materjale Trebera 12·3%. Z porównania tego wynika, że stosunkowo najlepsze wyniki uzyskał Döderlein — 20% wyleczonych przy stosunkowo niewielkim (20%) odsetku przypadków nadających się do operacji.

Swoje małe wyniki Treber tłomaczy tem, że miał mało przypadków nadających się do operacji, a duży odsetek, 42·6% zaniedbanych. Pod względem długotrwałości wyników pierwszeństwo należy się również Döderleinowi, najmłodsze przypadki jego liczą 3½ roku, gdy Trebera 3 lata, Bumma niespełna 3 lata, Küstnera 1½ roku. Zestawiając powyższe dane, dochodzi Treber do przekonania, że przez samą operację zyskujemy stosunkowo gorsze wyniki, niż przez leczenie samą energją promienistą — tylko 8—10% przypadków operowanych daje trwałe wyniki dodatnie. Gdy zaś uwzględni się, że leczenie energją promienistą można stosować i w przypadkach nie nadających się do operacji, to nasuwa się myśl, czy tej metodzie nie należy oddać pierwszeństwa, względnie, czy przez połączenie obu tych metod t. j. operacyjnej i leczenia energją promienistą nie dałoby się uzyskać wyników znacznie lepszych.

Szancenbach (Kraków).

Choroby skórne i weneryczne.

Medizinische Klinik.
Nr. 40. 1921.

Lenzmann. **O równoczesnem skombinowanem użyciu salwarsanu srebrowego i przetworu rtęciowego cyarsolu w leczeniu kiły.** W leczeniu kiły salwarsanem i rtęcią tylko salwarsanowi przypisuje się bezpośrednie działanie na krętki, działanie bakterjozwrotne, rtęć działa natomiast wybitnie na zmiany kiłowe, a przez to tylko pośrednio na krętki. Wskazane jest użycie obu środków, aby w obu kierunkach zadziałać na krętki blade. Oba środki mogą być używane kolejno jeden obok drugiego, albo, jak podał Linser, jednocześnie, przyczem wstrzykuje się równocześnie mieszaninę salwarsanu i sublimatu dożylnie. Bruck stosuje dożylnie mieszaninę salwarsanu i nowosurolu, Herbeck neosalwarsan z embariną. Zdaniem Lenzmanna wątpliwe jest, czy mieszanki takie nie tworzą połączeń mniejszej wartości, a zmiana barwy mieszaniny wskazuje, że jakieś związki przytem wypadają. Lenzmann przychyla się do jednoczasowego wstrzykiwania salwarsanu i rtęci, ale sądzi, że najlepiej nadawałaby się mieszanina takich środków, którby nie tworzyła związków chemicznych; oba środki mogłyby wówczas, jako niezmienione działać równocześnie, nie tracąc nic na swej sile i odrębnych właściwościach działania. Prze-

tworem rtęciowym, który nie zmienia salwarsanu i związków od niego pochodnych, jest cyarsol (połączenie sinu, rtęci, salicylu i potasu). Cyarsol, jako przetwór gotowy w ampułkach po 2 cm.^{3}, zawiera 0,02 rtęci metalicznej w ampułce Zmieszany ze salwarsanem srebrowym lub neosalwarsanem nie zmienia ich barwy i najprawdopodobniej nie wchodzi z niemi w związki chemiczne. Można na jednem posiedzeniu wstrzyknąć dożylnie salwarsan srebrowy, a nie wyjmując igły, bezpośrednio potem cyarsol lub odwrotnie. Można też stosować dożylnie oba przetwory, przed zabiegiem zmieszane.

Wydzielanie rtęci po cyarsolu kończy się po 55 godzinach. Średnie dawki (2 cm.^{3} cyarsolu) można bez obawy wstrzykiwać wraz z przetworami salwarsanu w przerwach 72 godzin. Leczenie takie ma dawać dobre wyniki w przypadkach kiły, na leczenie opornych; przy stosowaniu dawek wyżej podanych nie ma szkodliwych objawów ubocznych; nie wpływa się ujemnie na ściany żyły i na powstawanie zakrzepów.

F. Glaser. **O bezkwaśności przy kiłowym wrzodzie żołądka.** W 9 zebranych z piśmiennictwa kiłowych schorzeniach żołądka (w tem 3 z owrzodzeniami kiłowemi) wykazywano stały brak wolnego kwasu solnego. Cecha ta może mieć znaczenie rozpoznawcze. W przypadku przez G. opisanym, dotyczącym dziewczyny 23 letniej, rozpoznawano początkowo wrzód okrągły żołądka bez tła swoistego. Odczyn Wassermanna trzykrotnie dodatni, brak wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, ponadto sekcyjnie wykazane zmiany kiłowe w naczyniach i wątrobie, nasuwały myśl, że i owrzodzenia w żołądku są przyrody kiłowej. Przypuszczenie to potwierdziło badanie histologiczne owrzodzeń.

1) Obecność wrzodu żołądka u osobników kiłowych przy równoczesnym braku wolnego kwasu solnego przemawia zwyczajnie z wszelkiem prawdopodobieństwem za kiłowem tłem owrzodzenia.

2) W danym przypadku bezkwaśność soku żołądkowego dała się wyjaśnić mieszkowem zapaleniem błony śluzowej żołądka, a stan zapalny, wobec braku innych przyczyn, kiłą.

M. Gänsslen. **Eozynofilja w obrzęku Quinckego.** Autor badał jeden przypadek obrzęku Quinckego i zauważył, że każdorazowo w 6—8 dni po wystąpieniu objawów chorobowych wzrastała bardzo znacznie ilość ciałek eozynochłonnych, średnio z 9% na 20%, czasem wyżej. Ten wzrost ciałek eozynochłonnych skłonny jest G. uważać za odczyn ustroju, wywołany wessaniem się obrzęku surowiczego. Już Schlecht wykazał w doświadczeniach na zwierzętach, że wstrzyknięcie obcego białka wywołuje stale eozynofilję i uważał to za objaw anafilaktyczny. Obrzęk surowiczy w obrzęku Quinckego nie zawiera wprawdzie białka obcego ustrojowi, ale to białko może być znacznie co do własności swych zmienione i działać przy wessaniu podobnie. jak białko obce. Autor byłby zatem skłonny i tu zwiększenie się ciałek eozynochłonnych uważać za objaw anafilaktyczny.

Harald Boar. **Salwarsan ze srebrem.** B. zestawia wyniki leecznicze uzyskane u 315 chorych na kiłę, leczonych salwarsanem srebrowym i rtęcią. Działanie salwarsanu srebrowego da się na ogół porównać z działaniem salwarsanu starego (606), stosowanego dawniej w rozczynach stężonych śródmięśniowo Szczególnie zmiany kiłowe błon śluzowych ustępowały szybko. Objawów ubocznych, prócz podwyższenia ciepłoty do 39·8C. (prawdopodobnie z powodu niedostatecznie jałowej wody), nie zauważono. Odczyn Wassermanna zmienia się pod wpływem salwarsanu srebrowego w tym samym prawie stopniu, jak po leczeniu innemi przetworami salwarsanu. Z pośród 117 chorych w różnych okresach kiły, których czas obserwacji wynosił 3—18 miesięcy, u dwu wystąpiły nawroty (po czterech miesiącach względnie po roku). Neurorecydyw lub wtórnego zakażenia nie stwierdzono w żadnym przypadku. Działanie objawowe jakoteż trwałość skutku leczniczego są co najmniej równe staremu salwarsanowi, a sposób stosowania prostszy. *Lenartowicz.* (Kraków).

Rivista critica di clinica Medica.

R. XXII. Nr. 16, str. 181—188, N. 17, str. 193—199.

Karol Alessandri. **Przypadek obrzęku Quinckego z pokrzywką.** Przypadki obrzęku Q. niejednokrotnie trudno odróżnić od przypadków pokrzywki. Autor opisuje przypadek obrzęku Q. u 18-let. piekarza, u którego pierwsze objawy skórne wystąpiły w postaci pokrzywki. Czteromiesięczne spostrzeganie kliniczne stwierdziło obecność wykwitów pokrzywkowych, rozmieszczonych na całem ciele, szczególnie jednak na skórze powiek i warg. Zabarwienie wykwitów początkowo żywo-czerwone, później białe Dokładne badania układu oddechowego, trawiennego, naczyniowego i nerwowego, dały wyniki ujemne. Odczyn Wassermanna i odczyn skórny ujemne. Cytologiczne badanie krwi, wykazało, stosunki prawidłowe. Farmako-dynamiczne próby układu gruczołów dokrewnych nie dały żadnych ważniejszych wyników. Mimo przeprowadzenia leczenia preparatami wapiennemi (calc. chlor.), atropiną etc. wykwity skórne powtarzały się bezustannie. W celu badania ewentualnego pokarmowego wstrząsu anafilaktycznego podano 0.5 gr. peptonu na pół godziny przed spożyciem zwykłego posiłku. W czasie tego leczenia objawy skórne powoli ustępowały, aż wreszcie chory opuścił klinikę prawie wyleczony. Autor miał sposobność badać chorego po upływie czterech miesięcy, chory, stosując dalej przepisane leczenie, wolny był od objawów chorobowych. Mimo, że wykwity skórne były bardzo podobne do pokrzywki, to jednak można było z biegiem czasu zauważyć cechy charakterystyczne dla obrzęku Q. Wykwity chorobowe sadowiły się przedewszystkiem na skórze powiek i warg, jak również i na błonach śluzowych, czego w zwyczajnych postaciach pokrzywki nie spotyka się. Uczucie swędzenia, towarzyszące tym wszystkim objawom, według Q. wprawdzie nie należy do charakterystycznych objawów, jednak wielu autorów o tem wspomina. Autor w końcu dochodzi do wniosku, że spostrzegany przez niego przypadek należał do typu obrzęku Q., który w początkowych okresach, połączony był z pokrzywką.

W poszukiwaniu za przyczyną tego schorzenia, nie można było stwierdzić żadnych danych prócz obciążenia dziedzicznego ze strony ojca (alkoholizm). Zatrzymanie substancji azotowych w ustroju nie mogło być powodem tego cierpienia, zwykłe bowiem lub czysto mleczna djeta, nie wywierała żadnego wpływu na objawy skórne. Również nie stwierdzono działania toksycznych lub autotoksycznych wpływów na układ nerwowy i dokrewny. Pepton podany w celu badania nadwrażliwości pokarmowej wywołał powrót do prawidłowych stosunków tak w ciśnieniu tętniczem, jak i w liczbie ciałek białych, gdy zwykłe posiłki wywierały wpływ przeciwny. Pomimo, że autor stwierdził poprawę po stosowanem leczeniu, wstrzymuje się jednak od wypowiedzenia zdania, jakoby wszystkie te objawy chorobowe polegały na przyczynie anafilaktycznej, ponieważ poprawa nie nastąpiła odrazu, ale powoli, wśród występowania nawrotów.

F. Walter. (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach:

Lekarz wojskowy Nr. 51. B. Nowakowski. Z badań nad epidemją śółtaczki; — S. Dzierzgowski i R. Kriętowski: Stosowanie piramidonu w analizach klinicznych dla wykrywania krwi.

B. Piśmiennictwo francuskie.

(za październik 1921 — zupełne, dok.).

Simon (Dr.) — Six Conférences sur l'Education maternelle. Conférences faites à l'Ecole normale du boulevard des Batignolles. In-16 (9,5 × 18). 190 p. 4 fr. 50

Terrien (F.) — Diagnostic. Traitement et Expertises des séquelles oculo-orbitaires. In-12 (14 × 19,5), 276 p., 67 fig. 16 fr.

Thomas (André) — Le Réflexe pilo-moteur. In-8 (16,2 × 25), 242 p., 74 fig., 12 pl. 25 fr.

Verhoogen. — Traité élementaire de Pathologie interne. I; Maladies infectieuses. In-8 (16 × 24,5), 354 p., 50 fig. 18 fr.

C. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Grudzień 1921. (Cena 10 Mar. niem.). Zeszyt grudniowy, poświęcony chirurgji, zawiera rozprawę Jehna: „Leczenie chirurgiczne zapaleń narządów klatki piersiowej" i Schedego: „Gościec a postawa ciała".

Walkhoff Otto. Lehrbuch d. konservierenden Zahnheilkunde Mit 225 Abb. Berlin 1921 (VIII. 336 str.) 8^0 86 —

Wapler Hans. Hufeland's Schriften über d. Homöopathie u. d. Thesen v. Paul Wolf, Leipzig 1921 (92 stron) 8^0 5 —

Weibel W. Einführung in d. gynäkologische Diagnostik. Berlin 1921 (X. 160 str.) 8^0 27 —

Weisbach W. Wassermann'sche Reaktion u. Ausflockungsreaktion. Jena 1921 (IV. 58 stron) 4^0 9 —

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie v. Austhütz [u. a.] Leipzig 1921 (IV. 428 stron) 8^0 60 —

Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten v. C. Flügge, Berlin 1921 gr. 8^0 46 —

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXII. Posiedzenie naukowe z dnia 16 listopada 1921.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 68.

1. Przewodniczący uczcił pamięć świeżo zmarłego kolegi dr. Franciszka Szumana. Obecni wysłuchali przemówienie przewodniczącego stojąc

2. Kol. Tempka przedstawia chorą, która zgłosiła się do krakowskiej kliniki chorób wewnętrznych wśród objawów **daleko posuniętej niedokrwistości** w następstwie kilkotygodniowego, nader obfitego **krwotoku z dróg rodnych**, przy braku przyczyny miejscowej. Z wywiadów zasługuje na podniesienie pojawienie się objawów skazy krwotocznej poraz pierwszy przed 9 laty, w postaci również krwotoku macicznego, krwawienia z dziąseł i nosa, nadto licznych wybroczyn skórnych. Po 3—4 latach objawy te, występujące w zmiennym stopniu, znikły zupełnie w następstwie przebytego duru powrotnego i osutkowego i powróciły dopiero po 3-letniej przerwie. Z innych danych należy wymienić, że tak w bliższej, jak i w dalszej rodzinie chorej, nie było skłonności do krwawień, jak również, że chora miała zawsze dobre warunki życiowe. Czterotygodniowe spostrzeganie kliniczne stwierdziło wybitną skazę krwotoczną, objawiającą się wybroczynami i znaczniejszemi wylewami podskórnemi krwi bez przyczyny urazowej, krwawieniem z dziąseł miejscowem i bardzo małem, krwawieniem z nosa i dróg rodnych wśród znacznych wzniesień ciepłoty i pojawienia się rumienia wielopostaciowego (*erythema exsudativum multiforme*). Badanie krwi wykazuje: bardzo małą ilość hemoglobiny (*Sahli* 10 %), zmniejszoną ilość krwinek czerwonych, (1,912 000), leukocytów 12—14.000 przy stosunku odsetkowym limfocytów 10 — 16 %, ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych 76—90 %, wskaźnik hemoglobiny 0,26, liczne mikrocyty, makrocyty i poikilocyty, liczne ciałka czerwone wielobarwliwe i jądrzaste, obfita siatka włóknika. Czas barwienia 13—25 minut, czas krzepnięcia stale prawidłowy. Skrzep nie miał zdolności kurczenia się i nie wyciskał ani śladu surowicy. Ilość płytek Bizzozera poza okresem krwawień w 1 mm^3 140—160 tysięcy, zaś podczas krwawienia średnio 12 tys w 1 mm^3. Na podstawie powyższych danych wyklucza Tempka skazę krwotoczną objawową, gnilec, krwawiączkę dziedziczną i sporadyczną, ostrą białaczkę, a przyjmuje plamicę krwotoczną (Morbus Werlhofi). Ze względu na bardzo zmniejszoną liczbę trombocytów przy zwiększonym czasie barwienia i prawidłowem krzepnięciu uważa przypadek ten za „*thrombopenia essentialis*", którą to postać z grupy plamic wyodrębnił Frank. Ponieważ chora oddziałała na podskórne wprowadzenie 1 mg. adrenaliny trójkrotnem zwiększeniem się ilości płytek Bizzozera, czyli ponieważ nie zachodzi w tym przypadku pierwotne upośledzenie tworzenia się płytek, należy tę zmianę w danym przypadku przypisać wzmożonemu niszczeniu płytek przez śledzionę (*thrombocytolysis*), tak, że rozpoznanie brzmi: *Thrombopenia essentialis thrombocytolytica*. (Streszcz. własne).

W dyskusji kol. Zubrzycki zaznacza, iż spostrzegał podobny przypadek, leczony wstrzykiwaniami mleka. Chorą sprowadziły do lekarza uporczywe i długotrwałe krwawienia miesiączkowe. Wynik leczenia po kilkakrotnem wstrzykuięciu bardzo dobry, lecz już po 5 miesiącach krwawienia wystąpiły ponownie w takim stopniu, że groziły życiu chorej. Mowca stwierdza, że i wyniki i leczenie wstrzykiwaniem peptonu trzebaby śledzić przez czas dłuższy.

Kol. Wierzuchowski wspomina o metodzie Miliana oznaczania krzepliwości krwi, jako bardzo wygodnej i prostej, dającej się wykonać nawet w trudnych warunkach i dającej wystarczająco ścisłe wyniki.

3. Kol. Walter przedstawia chorego z zanikiem bliznowatym skóry w postaci plam po przebytej wysypce kiłowej: *anetodermia syphilitica*.

W dyskusji kol. Leuchter podnosi wątpliwość, czy w danym przypadku nie jest to nie zanik (*anetodermia*), ale najpospolitsze zejście, blizna, co da się stwierdzić badaniem mikroskopowem skrawka.

Kol. Lenartowicz zaznacza, że zanik bliznowaty w postaci plam napotyka się czasem w przebiegu kiły drugorzędnej, i to jako zejście osutki guzkowej, głównie drobnoguzkowej (*lichen syphiliticus*) nie napotyka się go zaś po osutce plamistej. Jeżeli w przypadku Waltera zanik bliznowaty poprzedzała osutka plamista, a nie guzkowa, to istotnie przypadek należy do niebywale rzadkich. Nazwa „*anetodermia syphilitica*" jest nieodpowiednis, bo przez anetodermję rozumiemy postać opisaną przez Jadassohna o etjologji dotychczas nieznanej, tu zaś przyczyną plam zanikowych jest kiła. Możnaby mówić tylko o postaci podobnej do anetodermji, a wywołanej przez kiłę. (Streszczenie własne).

Prócz tego w dyskusji przemawiali jeszcze ponownie kol. Lenartowicz i kol. Walter.

4. Kol. Ciechanowski przedstawia następujące preparaty anatomiczne:

a) Niezmiernie rozległe owrzodzenia całego jelita cienkiego i okrężnicy wstępującej wskutek *enteritis phlegmonosa ulcerosa* powyżej rakowego zwężenia zagięcia wątrobowego okrężnicy (Nr. s. 488/1921 l. 38).

b) Bardzo liczne **bąblowce** *echinococcus hydatisosus* **sieci**, obok bąblowców **wątroby i śledziony** (Nr. s. 751 l. 65). Zejście śmiertelne wskutek zapalenia otrzewnej po wycięciu części sieci z bąblowcami.

c) **Glejak komory czwartej**, wychodzący z górnego robaka móżdżku, z następowem bardzo znacznem wodogłowiem wewnętrznem. Rozpoznanie kliniczne wahało się między wodogłowiem, a guzem móżdżku. Utkanie mikroskopowe bardzo urozmaicone: obok obrazów glioma (*astrocytoma*) obrazy *spongioblastoma, neuroepithelioma*. (N. s. 728/1921 l. 10).

d) Rzadszy okaz zboczenia rozwojowego części rodnych kobiecych i narządu moczowego: **nerka jednostronna lewa** z dwiema odrębnemi miedniczkami i z dwoma moczowodami, **macica dwurożna** z zarośnięciem ujścia wewnętrznego i szyjką pojedyńczą, a szczątkową przegrodą pochwy w postaci postronka, biegnącego wolno od łechtaczki ku tyłowi i górze w płaszczyźnie pośrodkowej i przyczepionego drugim końcem do tylnej wargi części pochwowej, na prawej ścianie pochwy grzebieniasta wyniosłość. Postronek, pozostały z przegrody pochwy, podszyty wszędzie nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, zawiera wśród tkanki łącznej, niezmiernie obfitującej we włókna elastyczne, pęczki mięśni gładkich i liczne duże naczynia. (Nr. s. 698/1921, l. 60). Czy w tym przypadku były ciąże i porody, z wywiadów nie można było stwierdzić (Streszczenie własne).

5. Kol. Steuermark-Wielski przedstawia i szczegółowiej omawia djapozytywy **zdjęć rentgenicznych** w przypadkach **zwężenia przełyku.**

6. Kol. Zubrzycki przedstawia usunięte z **macicy ciało obce**, w postaci blaszki srebrnej 0.5 cm. szerokiej, ostro zakończonej z zadziorami po bokach. Blaszka ta została wprowadzona do macicy przez lekarza celem zapobieżenia zajścia w ciążę. Chora jednakże w ciążę zaszła i zgłosiła się do Zubrzyckiego w III. m. ks. ciąży z powodu krwawienia. Blaszkę usunięto przez nacięcie przedniej ściany szyjki macicznej, lecz jednocześnie usunięto i ciążę. Blaszka tkwiła wewnątrz macicy tak, że zagięty jej koniec z zadziorami opierał się na dnie macicy, ostry zaś zwrócony był ku dołowi. Zubrzycki przestrzega przed stosowaniem podobnych metod zapobiegania ciąży ze względu na niebezpieczeństwo, jakim grozi chorej ostre ciało obce, wprowadzone na stałe do jamy macicznej.

W dysknsji kol. Szlank podnosi, że przed kilku laty usunął z jamy macicy ciężarnej za pomocą cięcia pochwowego dużą szpilkę od włosów, zwróconą ostremi końcami ku dołowi, ciąży jednak nie przerwano. Kol. Rosner zastanawia się, jakie miało być działanie zapobiegawcze blaszki usuniętej przez kolegę Zubrzyckiego.

7. Kol. Szancenbach przedstawia preparat **macicy pękniętej** w lewym rogu **z powodu ciąży śródściennej**, (będzie ogłozone osobno).

Szancenbach, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVII. Posiedzenie naukowe z dnia 11 listopada 1921 r.

Przewodniczy kol. Nowicki. Obecnych 59.

1. Kol. Zakrzewki przedstawia preparaty anatomiczne, a) **guza nowotworowego**, wychodzącego u 35 letniej kobiety z **jajnika lewego**, oraz jego przerzuty w płucach, nerkach, lewym płacie wątroby i w oponach miękkich, a to, jeden wielkości śliwki, w okolicy psychomotorycznej prawej, drugi, nieco mniejszy w części piersiowej kanału kręgowego. Badanie drobnowidowe tak guza pierwotnego, jak przerzutów, wykazało utkanie torbielaka brodawczakowatego bujającego rakowo (*cystadenoma papilliferum invertens carcinomatosum*). Nowotwór szerzył się drogą naczyń krwionośnych w dwóch etapach, w pierwszym sięgnął przez żyłę próżną dolną i prawe serce do płuc, a stąd w związku z martwicą i rozpadem dostał się do dużego krążenia. Zajmującym jest szczegół, że chora przez długi czas nie doznawała poważniejszych dolegliwości, ponieważ zgłosiła się do szpitala dopiero na dwa tygodnie przed śmiercią, gdzie zwrócono uwagę przedewszystkiem na objawy, pochodzące z przerzutu umiejscowionego w kanale kręgowym. Dlatego też rozpoznanie kliniczne brzmiało: zapalenie rdzenia, b) przypadek nadzwyczajnie **daleko posuniętego zniszczenia tchawicy i krtani wywołanego gruźlicą.**

W dyskusji przemawiali kol. Domaszewicz, Świtalski i Nowicki.

2. Kol. Wiczyński wygłasza odczyt pt. „**Uwagi nad cyklicznemi zmianami w błonie śluzowej macicy, w świetle najnowszych badań**". (Rzecz oddana do druku).

W dyskusji przemawiał kol. Nowicki.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 18 listopada 1921 r.
Przewodniczy: kol. Franke. Obecnych 60.

Kol. Franke zawiadamia, że na zjazd w Krakowie, zwołany celem omówienia spraw polskich tygodniowych pism lekarskich, wyjeżdżają koledzy: Franke, Nowicki, Papée i Rencki. Sekretarjat generalny „Polskiego Czasopisma lekarskiego" objął kol. Dr. Adolf Kuhn. Dotychczasowy sekretarz kol. Zakrzewski objął zastępstwo tego urzędu.

1. Kol. Zalewski wygłasza odczyt pt. „**Przewodnictwo ciepła i jego znaczenie dla rozpoznawania i leczenia ostrych spraw zapalnych wyrostka sutkowego**". (Rzecz ukaże się w druku w Polskiem Czasopiśmie lekarskiem).

W dyskusji kol. Krzemicki sen. zwraca uwagę, że wprowadzenie do interesujących spostrzeżeń prelegenta ścisłych metod badania fizykalnego, mogłoby może przynieść wiele odkryć z nie jasnej dotąd dziedziny przewodnictwa ciepła przez tkanki żywe. Kol. Pisek podkreśla niezwykle doniosłe praktyczne znaczenie spostrzeżeń, poczynionych przez kol Zalewskiego.

Zakrzewski, sekretarz.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dn. 21 października 1921 r.
Obecnych członków 18 oraz dwaj goście.

1) Kol. Wrześniowski podał **Sprawozdanie z XVIII. Zjazdu Chirurgów polskich w Warszawie.**

2) Kol. Łokczewski omówił ciekawy ze względu na rozpoznanie przypadek z praktyki. Chory 45-letni, żonaty, bezdzietny, w krótkim czasie po operacji zapalenia wyrostka robaczkowego okazywał zmianę usposobienia, małą wydajność pracy (biurowej) i szybkie wyczerpywanie się. Przedmiotowo stwierdzono: źrenice wąskie, brak oddziaływania na światło, lekkie skrzywienie twarzy ku stronie lewej, mowę powolną, utrudnioną, brak zmian czuciowych, odruchy ścięgniste nieco osłabione. Odczyn Wassermanna dodatni. Powstało **przypuszczenie porażenia postępowego.** Jeden z neurologów w Warszawie wyraził przypuszczenie **swoistych zmian w tętnicach.** Mowca podnosi trudności rozpoznawcze przypadku, spodziewając się w dalszym przebiegu choroby wyjaśnienia sprawy.

W dyskusji przemawiali kol. Wrześniowski, Okuszko Petrykat, S. Kon, Rozenfeld.

3) Kol. Rozenfeld wspólnie z kol. E. Konem opisuje **przypadek odoskrzelowego zapalenia płuc**, które zakończyło się śmiercią przy objawach posocznicy. We krwi stwierdzono dwoinki zapalenia płuc. Autowakcyna z nich pozostała bez skutku.

4) Kol. K. Rozenfeld wygłosił odczyt „**O ogólnem zakażeniu dwoinkami zapalenia płuc**". Na wstępie opisuje mowca badania autorów amerykańskich, którzy na podstawie aglutynacji wyróżniają 4 typy dwoinek. Pierwsze trzy typy spostrzegano we krwi i wysiękach chorych na zapalenie płuc, typ IV. przeważnie w ślinie osób zdrowych. Następnie kol. R. omówił etjologję i epidemjologję tej sprawy, wreszcie przedstawił obecny stan poglądów na leczenie zakażenia pneumokokowego surowicą i szczepionką swoistą.

W dyskusji kol. W. Kon zaznacza, że wyróżnianie saprofitów (typ IV) niema dostatecznej podstawy, gdyż saprofity przy przeszczepianiach mogą stać się złośliwe.

K. Łokczewski, sekretarz.

Sprawozdanie z posiedzenia klinicznego lekarzy szpitala św. Ducha w Warszawie z dnia 20 marca 1921 r.

1. Dr. Ruszkowski z kliniki ocznej przedstawił a) przypadek **guza spojówki**, leczonego z dobrym wynikiem za pomocą elektrolizy. Przypadek dotyczył dziewczyny, która zgłosiła się do kliniki z powodu guza wielkości śliwki, wychodzącego z wewnętrznego końca spojówki. Obecnie po leczeniu za pomocą elektrolizy pozostał niewielki, miękki guz, który możnaby również łatwo usunąć za pomocą operacji;

b) przypadek **zranienia gałki ocznej, z wypadnięciem ciałka rzęskowego.** Przypadek ten dotyczył starszego mężczyzny, który został zraniony oberwanym drutem w górną część gałki ocznej tuż nad tęczówką. Ranka pozioma o brzegach równych, rozwartych przez wypadnięte ciałko rzęskowe. Prelegent omawia trudności leczenia tego rodzaju przypadków. Na usunięcie gałki ocznej chory się nie zgadza, gdyż wzrok w niej zachowany; tymczasem istnieje obawa powstania schorzenia sympatycznego oka zdrowego. Dr. R. w celu usunięcia wypadniętego ciałka rzęskowego zaczął stosować elektrolizę. Wynik w tym przypadku pomyślny i chory jest na drodze do wyzdrowienia.

W dyskusji kol. Sokołowski zapytuje prelegenta, jak traktować przypadki uwięźnięcia ciał obcych w gałce ocznej.

W odpowiedzi kol. Ruszkowski wyjaśnia, że usunięcie ciał obcych, o ile jest możliwe bez usuwania gałki ocznej, jest wskazane ze względu na możliwość występowania cierpienia sympatycznego w oku zdrowem.

2. Kol. Rutkowski z kliniki chirurgicznej przedstawił przypadek **mięsaka sutka** u 35-letniej panny, która przed kilku dniami podlegała operacji doszczętnego usunięcia guza wraz z tkankami przylegającemi aż do jamy pachowej *en bloc*. W celu zapełnienia tak znacznego ubytku skóry trzeba było zasięgnąć pożyczkę ze strony przeciwnej; w wyniku sutek zdrowy przesunięty został aż do linji środkowej ciała. Co się tyczy samego guza, to z wyglądu jest podobny do mięsaka. Badanie drobnowidowe i samego guza i wyłuszczonych gruczołków pod pachą jeszcze nie ukończone.

3. Kol. Landsberg z kliniki chorób wewnętrznych przedstawił przypadek **niedowładu połowicznego z ruchami podobnemi do drżączki porażennej** (*Paralysis agitans*) po stronie chorej. Przypadek ten dotyczy 58-letniego mężczyzny, chorego od 2 lat z silnemi zaburzeniami mowy o charakterze *aphasia motorica*, z łatwą pobudliwością do płaczu i śmiechu. Chory chodzi z trudnością. Odruchy wzmożone z obu stron. Po stronie chorej Babiński dodatni. Źrenice nierówne. Odruchy źrenic zachowane. Z nerwów czaszkowych niedowład połowiczny nerwu twarzowego i podjęzykowego. Kol. L. sprawę chorobową umiejscawia w jądrze soczewkowem, a w szczególności w części jego — *globus pallidus*. Wassermann dodatni.

W dyskusji kol. Kopczyński nie zgadza się z tem rozpoznaniem i rozpoznaje w tym przypadku rozlane cierpienie mózgu: objawy otępienia wskazują na zajęcie kory mózgowej; łatwa skłonność do płaczu i śmiechu — na zajęcie wzgórka wzrokowego itp. Takie rozlane cierpienia na tle przymiotu należą do najczęstszych.

W odpowiedzi kol. Landsberg przyznaje słuszność zapatrywaniom kol. Kopczyńskiego i nie upiera się przy rozpoznaniu swojem.

Bełkowski, sekretarz

Towarzystwo higjeniczne we Lwowie.

Walne Zgromadzenie, odbyło się 10 stycznia br. w wielkiej sali Polikliniki Lwowskiej pod przewodnictwem zastępcy prezesa dra Mikołajskiego.

Towarzystwo ma za sobą długoletnią, bardzo owocną pracę; wydawało przez szereg lat czasopismo „Przegląd higjeniczny", a w ostatnich latach przed wojną pisemko ludowe „Przyjaciel zdrowia". Ono też zorganizowało „Pierwszy Zjazd higjenistów polskich" we Lwowie, który się odbył, przy licznym udziale uczestników ze wszystkich dzielnic Polski w lipcu 1914, tuż przed wybuchem wojny światowej. Wojna była przyczyną, że obfity materjał, nagromadzony w czasie obrad Zjazdu, nie został spożytkowany.

W czasie wojny Towarzystwo wiodło z konieczności żywot utajony, członkowie się rozproszyli, Wydział uległ zdekompletowaniu. Dopiero obecnie, po zapanowaniu normalnych stosunków w Państwie, zabiera się Towarzystwo do nowej pracy, już w wolnej Ojczyźnie, która tak bardzo wiele pracy potrzebuje na polu higjeny publicznej i prywatnej.

Po przedstawieniu sprawozdania sekretarza i skarbnika Walne Zgromadzenie dokonało wyborów nowego Wydziału, do którego weszli: jako przewodniczący dr. Opieński, jako zastępcy przewodniczącego dyr. inż. Rybicki i doc. dr Steusing, jako członkowie: radca Bruchnalski, prof. dr. Cieszyński, p. Czerszyk-Bąkowska, doc. dr. Gąsiorowski, prof. dr. Grabowski' prof. dr. Gröer, prof. dr. Henryk Halban, inż. Klimczak, radca dr. Kociuba, dr. Leon Krzemicki, dr Kuhn, dr' Legeżyński, dr. Mikołajski, dr. Mosler, inż. prof. dr. Nadolski, prof. dr. Nowicki, prof. dr. Wiczkowski, radca Włodzimirski.

Medycyna społeczna.

Dr. Mieczysław Gantz. Warszawa.

O potrzebie utworzenia państwowego Instytutu przeciwgruźliczego [1]).

Gdy się śledzi gorączkową niemal dyskusję, jaka co pewien czas miewa miejsce w świecie lekarskim państw zachodnich w sprawie gruźlicy (niedawno, naprzykład, w paryskiem Towarzystwie lekarzy szpitalnych), gdy przegląda się lekarską prasę francuską, angielską lub niemiecką, a nawet i nielekarską, od czasu do czasu roztrząsającą te lub inne zamierzenia, zdążające do zwalczania gruźlicy, i jeśli zestawić je z zupełnem niemal milczeniem w tym względzie u nas, to można nabrać błędnego mniemania, że gruźlica, której tak boją się, zwłaszcza obecnie, po skończonej wojnie, we Francji, Anglji, w Niemczech i Austrji, u nas nie jest wcale tą klęską społeczną, za jaką ją uznają społeczeństwa zachodnie. Sądzićby można było, że u nas wojna bynajmniej nie zwiększyła liczby chorych na gruźlicę, że nie podniosła znacznie śmiertelności skutkiem tej choroby, że warunki ekonomiczne nie pogorszyły się o tyle, by sprzyjać znacznemu szerzeniu się tego cierpienia, że mamy pod dostatkiem miejsc w zakładach leczniczych dla tych nieszczęśliwych ofiar warunków życia wojennego i powojennego, że nie mamy potrzeby myśleć o wprowadzaniu koniecznem izolacji i t. p. Takie błędne, powtarzam, mniemanie może powziąć obserwator, stojący na uboczu. Wystarczy jednak, by w ciągu dnia jednego obszedł kilka naszych oddziałów szpitalnych, by asystował podczas przyjęcia w ambulatorjach, by odwiedził kilka przytułków dla dzieci lub, co gorzej, obznajmił się nieco bliżej z stanem zdrowotnym naszej ludności robotniczej, a wtedy przekona się szybko, że w istocie sprawa przedstawia się bardzo smu-

[1]) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Pol. Tow. Medycyny Społecznej w Warszawie w grudniu r. 1919.

tno i wymaga energicznej akcji ze strony władz rządowych, komunalnych i całego społeczeństwa. Trzeba bowiem otwarcie sobie powiedzieć, że, właściwie, dotąd nic dla zwalczania gruźlicy nie czynimy. Ta bowiem działalność, którą rozwija, dzięki osobistej inicjatywie Sokołowskiego i pewnej liczby ludzi dobrej woli, Warsz. Tow. Przeciwgruźlicze, te poza tem wysiłki, które w niektórych miejscach kraju, dzięki znów prywatnym zabiegom poszczególnych lekarzy, jak np. Sterlinga w Łodzi, przynoszą pewną korzyść pod względem walki z gruźlicą, — te, powtarzam, usiłowania pojedyncze, wobec ogromu klęski, są prawdziwie niczem. Czyż bowiem nie kroplą w morzu jest działalność np. kilku przychodni w Warszawie, gdy niema gdzie ulokować chorych z bardziej posuniętemi zmianami, gdy niema gdzie leczyć dzieci z początkami gruźlicy, gdy niema co nawet myśleć o walce z szerzeniem zarazy przez chorych z gruźlicą otwartą itp.

I dziwną byłaby ta uderzająca opieszałość społeczeństwa, niezrozumiałą obojętność naszych władz rządowych i komunalnych, gdyby nie to, że, istotnie, w momencie budowy odradzającego się państwa, w chwili, gdy przed władzami naszemi staje do rozwiązania tyle najrozmaitszych spraw wewnętrznych i zewnętrznych, nie cierpiących zwłoki, nie mówiąc już o walkach na froncie, trudno może żądać jakiejś wyraźnie rozwiniętej akcji powszechnej. Pewien jestem zresztą, że Ministerstwo zdrowia nie zapomina o tem, że walka z gruźlicą winna być jednem z najgłówniejszych jego zadań, ani o tem, że, choć walka z ostremi infekcjami mimowoli wysuwa się obecnie na plan pierwszy, zwalczanie gruźlicy nie powinno być odsuwane *ad meliora tempora*, skoro każdy dzień zwłoki pod tym względem naraża kraj na szkody wprost nieobliczalne.

Walka przytem, o której mowa, jeśli ją prowadzić tak, jak należy, musi, tak sądzę, być prowadzoną przez zastęp ludzi, specjalnie tylko tej sprawie oddanych. Gdy idzie o stworzenie niemal podstaw walki społeczno-państwowej w kraju, gdzie jej dotąd (poza Poznańskiem) prawie nie było, gdy nie tylko mają być wprowadzone w życie pewne normy prawne w stosunku do gruźlicy, ale przedewszystkiem dokładnie wystudjowane co do ewentualnych korzyści, jakie te możliwe ograniczenia życia prywatnego przynieść mają, gdy idzie o bardzo oszczędne szafowanie groszem publicznym, którego zbyt wiele kraj nie posiada, a potrzeby są wprost ogromne, gdy się ma wreszcie unikać prób zbyt kosztownych, a mało korzyści przynoszących, wszystko to ująć musi w swe ręce instytucja, wyłącznie walkę z gruźlicą mającą na celu:

Doświadczenie wojny ubiegłej i ciągle jeszcze trwających trudności ekonomicznych, przez wojnę wywołanych, nauczyło nas, że, chcąc pchnąć szybko naprzód organizację w pewnej gałęzi życia ekonomicznego, nieraz dobrze jest poruczyć prowadzenie wszystkich spraw w danym zakresie specjalnie w tym celu stworzonemu urzędowi. Tembardziej wskazaną zdawałaby mi się potrzeba utworzenia organu, mającego za zadanie sformułowanie w ogólnych zarysach planowej walki z gruźlicą na całym obszarze Polski, opracowywanie jej w najdrobniejszych szczegółach, wyszukiwanie środków niezbędnych do wprowadzenia w życie uznanych za korzystne zamierzeń, współdziałanie z organami komunalnemi, kasami chorych, towarzystwami prywatnemi, i pobudzanie ich do współpracy itp., szczegóły, o których mam zamiar zaraz nieco obszerniej pomówić.

Ministerstwo zdrowia publ., mające przed sobą tyle najrozmaitszych i obszernych zadań, nie może, zdaniem mojem, z należną intenzywnością zająć się walką z gruźlicą we wszystkich jej szczegółach, a opracowanie li tylko tych lub innych przepisów prawnych, mających zdążać do ograniczenia szerzenia się gruźlicy, nic prawie albo bardzo niewiele zdziałać potrafi. Należy powołać jak najrychlej do życia odrębną instytucję społeczno-lekarską, »Państwowy Instytut Przeciwgruźliczy«, nad którym nadzór, naturalnie, musi należeć do Ministerstwa zdrowia publ., którego (instytutu) jednak działalność winna być, a nawet koniecznie musi być autonomiczną w celu uniknięcia niepotrzebnej zwłoki w wprowadzaniu w życie niezbędnych zamierzeń.

Niniejszem chcę tylko w zarysach ogólnych naszkicować, jakim według mego pojęcia winien być ów instytut przeciwgruźliczy.

Zaraz na wstępie zaznaczyć muszę, że instytut, o którym mowa, ma być organizacją żywą, związaną ściśle z życiem społeczeństwa i chorych, a nie jakąś jeszcze (jedną z wielu) kancelarją, w której mają być opracowywane te lub inne projekty, najczęściej nie dostosowane do obecnych warunków życia, a więc z góry przeznaczone na pozostanie przeważnie na papierze. Wychodząc z tego założenia, sądzę, iż ośrodkiem instytutu, głównem jego jądrem, musi być szpital dla chorych gruźliczych wraz z przychodnią. Jedynie tylko ciągłe zetknięcie się z chorymi, zarówno cięższymi ,jak i lżejszymi, konieczność uwzględniania ich ewentualnych potrzeb pod względem indywidualnym i społecznym, ścisła łączność, jaka się z biegiem czasu wytworzy pomiędzy chorym i jego rodziną z jednej a zakładem z drugiej strony itp. — wszystko to musi stać się istotnym bodźcem do opracowania całego szeregu przepisów, normujących życie tego mnóstwa chorych wśród społeczeństwa zdrowego, przytem przepisów, których użyteczność można będzie względnie łatwo sprawdzić. Zastrzedz się muszę, że bynajmniej nie przedstawiam sobie tego zadania zbyt łatwem, wszelkie bowiem ograniczenie życia indywidualnego na korzyść społeczeństwa spotkać się musi z znacznym sprzeciwem, lecz sądzę, że tą drogą unikniemy może przepisów teoretycznych daleko odbiegających od warunków życia zwykłego.

Szpital dla chorych gruźliczych winien składać się z dwóch części głównych: 1) z oddziału dla gruźlicy płuc z jej powikłaniami, 2) z oddziału dla gruźlicy chirurgicznej. Pierwszy oddział musi mieć pododdziały dla gruźlicy otwartej i zamkniętej. W innej swej pracy [1]) usiłowałem już przekonać, dlaczego uważam poniekąd za bezcelowe otwieranie oddziałów szpitalnych wyłącznie dla przypadków bardziej posuniętych. Nie chcę się tu powtarzać, dodam tylko, że tutaj byłoby to tem mniej pożądanem, że omawiane części lekarskie Instytutu mają służyć — poza wspomnianym już wyżej celem — za główną, że się tak wyrażę, pracownię, z której powinnyby wychodzić wskazówki do tego lub innego postępowania lekarskiego, oparte na poczynionych spostrzeżeniach. Jasne więc, że niezbędnym tu jest materjał najrozmaitszy. A idzie mi o to, by wreszcie można było i u nas prowadzić badania nad gruźlicą na wielką skalę, a nie byśmy tylko niewolniczo powtarzali, naturalnie z większem lub mniejszem opóźnieniem, pomysły lekarzy innych krajów. Nie znaczy to, iżbym miał występować przeciwko przejmowaniu pomysłów pożytecznych. Bynajmniej! Uważam tylko, że należy ułatwić wreszcie i naszym badaczom możność samodzielnego pracowania nad istotą gruźlicy i jej zwalczaniem. Zaiste, dziwić się nieraz należy, w jaki sposób, przy braku niemal wszelkiego poparcia materjalnego, zjawiają się u nas liczne i nieraz pierwszorzędnej wartości prace naukowe lekarskie, gdy autorowie ich bynajmniej w dostatki nie opływają, a na doświadczenia muszą łożyć często z swej kieszeni! Jakże w tych warunkach myśleć można o wypróbowaniu tego lub innego środka lekarskiego swoistego lub chemicznego, jak można zająć się sprawą wpływu leczniczego tych czy innych promieni na gruźlicę płuc czy kości, czyż jest podobieństwem ściśle określenie, z jakim rodzajem zarazka gruźliczego mamy w danym przypadku do czynienia i t. p.

Odpowiednio prowadzony szpital wraz z pracownią biologiczną w obszernem zrozumieniu tego słowa (chemiczno-bakterjologiczną, rentgeniczną, anatomopatologiczną), umożliwiający prawdziwie naukową pracę w umiłowanej specjalności, przyczyni się niewątpliwie i u nas do bardziej wyczerpujących studjów nad gruźlicą. A że w tych warunkach garnąć się będą do Instytutu ludzie, chcący gruźlicę badać naukowo, to chyba wątpliwości nie ulega.

Wspomniałem powyżej, że uważam za konieczne istnienie przychodni przy Instytucie. Ma to cel dwojaki. Idzie

---

[1]) O znaczeniu sanatorjów i szpitali w walce z gruźlicą. — „Gaz. Lek." 1919 Nr. 17—18.

mi z jednej strony o całokształt pod względem klinicznym, a więc rozpoznawanie przypadków początkowych i ich obserwację, o ewentualne skierowywanie przemijające na oddział w celu pewniejszego w razie potrzeby postawienia rozpoznania, o zapisywanie na oddział przypadków, nie nadających się do leczenia ambulatoryjnego lub domowego, z dalszem następczem skierowywaniem do sanatorjów lub do domu z powrotem, wreszcze o dostarczenie wszechstronnego materjału lekarzom, chcącym czas pewien poświęcić sprawie wystudjowania specjalnego gruźlicy. Gdyż i ten cel, przysporzenie krajowi lekarzy, dokładnie obznajomionych z badaniem i leczeniem gruźlicy, musi mieć Instytut na widoku.

Z drugiej strony przychodnia jest tem właściwem ogniwem, które łączyć ma Instytut ze społeczeństwem. Przychodnia z jej poradami, nie tylko pod względem lekarskim, ma pomódz w zdobyciu zaufania śród szerszych warstw ludności pracującej. Przychodnia ta ma przekonać chorych i ich otoczenie, że Instytut ma przedewszystkiem na celu dopomożenie chorym i ich rodzinom, że nietylko stara się wszelkimi sposobami poprawić zdrowie chorego członka rodziny, lecz roztacza opiekę na czas choroby nad rodziną chorego, stara się dopomódz choremu po powrocie do zdrowia lub do jakiej takiej sprawności itp. Tylko tą drogą można stopniowo przełamać ten zwarty wał nieufności, jaki oddziela nas od chorej publiczności warstw niezamożnych, zwłaszcza od chorej na gruźlicę, publiczności, która obecnie uważa, że »ze szpitala wychodzi się tylko na cmentarz«. Czyż w tych warunkach można myśleć o izolacji za pomocą środków przymusowych, czy można osiągnąć zmniejszenie szerzenia się gruźlicy drogą li tylko przekonywania słownego? Zaufanie do instytucji — to jest alfa i omega walki z gruźlicą, a wtedy łatwiej myśleć będzie można o reglamentacji i izolacji.

To też urządzenia o charakterze społecznym są również niezbędnemi, jeśli nie potrzebniejszemi jeszcze częściami składowemi Instytutu, ściśle związanemi z przychodnią i szpitalem.

Z chwilą zjawienia się w przychodni chory przechodzi pod opiekę, że tak powiem, urządzeń społecznych Instytutu Przeciwgruźliczego. Odpowiednio wyszkolony personal załatwia czynności, wchodzące w zakres zadań przychodni. Specjalny oddział opieki nad chorymi gruźliczymi i ich rodzinami dba o pomoc pod względem odżywiania, o ile chory ma leczyć się w domu, poprawia warunki życia chorego i rodziny w celu zapobiegnięcia ewentualnemu szerzeniu zarazy, stara się umieścić w razie potrzeby dzieci w odpowiednim zakładzie itp. Tensam oddział lub oddzielna poradnia udzielać winna rodzinom chorych gruźliczych wszelkich porad, zmierzających do poprawy warunków życia, nawet, o ile jest to tylko możliwe, pod względem prawno-ekonomicznym. Tensam również lub też oddzielny wydział roztacza opiekę nad wychodącymi z szpitala lub sanatorjów, w celu dostarczenia choremu możliwie takich warunków pracy i życia, by o ile można, uzyskana poprawa nie poszła na marne. Kontrola stanu zdrowia przez przychodnię daje pod tym względem cenne wskazówki.

Specjalny wydział statystyczny winien mieć za zadanie z jednej strony dokładne oświetlenie stanu gruźlicy w państwie pod względem cyfrowym, a więc 1) liczby chorych na gruźlicę, 2) śmiertelności skutkiem gruźlicy, 3) zależności od zawodu, 4) wpływu warunków mieszkaniowych, 5) wpływu dziedziczności itp., nie pomijając, o ile można, żadnych szczegółów. Z drugiej strony wydział notuje skrzętnie liczbę łóżek dla chorych gruźliczych w całem państwie zarówno w szpitalach, jak i sanatorjach, oddzielnie odnotowując ilość miejsc wolnych i zajętych.

Te ostatnie szczegóły posiadają wielką wartość dla lekarzy oddziałowych, skierowujących ewentualnie przypadki nadające się do sanatorjów.

Wydział naukowy, do pewnego stopnia centralny, obejmujący główny kierunek Instytutu, a i całej walki z gruźlicą w państwie, opracowuje przepisy prawne, zdążające do zwalczania gruźlicy, inicjuje sam budowę w rozmaitych miastach państwa szpitali, przychodni czy sanatorjów, lub czyni to za pośrednictwem władz komunalnych czy instytucji społecznych, zajmuje się szeroką propagandą w sensie uświadamiającym i zapobiegawczym (przez urządzanie wystaw ruchomych, zdjęć kinematograficznych, odczyty, wydawanie broszur, napisów itp.), ogniskuje w sobie wszelkie wiadomości, dotyczące gruźlicy w kraju, i za pośrednictwem ministerjum zdrowia stara się o uchwalenie przez instytucje prawodawcze niezbędnych przepisów lub praw.

Oczywiście Instytut Przeciwgruźliczy znajdować się musi w ścisłej łączności z instytucjami lekarskiemi wojskowemi pomagając czynnie w zwalczaniu gruźlicy w armji, wyzysku jąc warunki życia koszarowego do celów uświadomienia o istocie cierpienia i przejmując pod swą opiekę chorych gruźliczych, z armji wyeliminowanych.

Czy projekt powyższy, który jest, rzecz naturalna, tylko szkicem i wymaga szczegółowego opracowania, jest w dobie obecnej wykonalny? Zdaję sobie doskonale sprawę, że wojna z gruźlicą, jak zresztą każda wojna, wymaga pieniędzy, pieniędzy i pieniędzy, których, jak dotąd, posiada państwo bardzo mało. Nie znaczy to, by projekt ów musiał być zrealizowany odrazu we wszystkich szczegółach. Uważam jednak, że sprawa jest zbyt ważna, by można było koło niej tak spokojnie przechodzić, jak to czynimy obecnie. Myślę przytem, że czas najwyższy zepchnąć sprawę walki z gruźlicą z punktu martwego, na którym stoi, że walkę tę musi natychmiast ująć w swe ręce rząd wespół z władzami komunalnemi (co nie przeszkadza bynajmniej współdziałaniu zasłużonego Tow. Przeciwgruźliczego), a wypełniać to zadanie z ramienia władz państwowych najlepiej może Instytut Przeciwgruźliczy, chociażby na razie w skromniejszych rozmiarach, niżbym to pragnął widzieć. Jestem spokojny, że życie zmusi do rychłego rozszerzenia i uzupełnienia Instytutu [1]).

Sprawy zawodowe.

Wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie.

W sprawie wynagrodzeń za czynności sądowo-lekarskie w sprawach karnych podaje Wydział Izby do wiadomości, że w lutym r. z. przedłożony został Ministerstwu zdrowia publ i sprawiedliwości przez Izbę lekarską projekt szczegółowy nowej taryfy. Celem wypośrodkowania wynagrodzenia, któreby odpowiadało ciągle zmieniającym się stosunkom walutowym, zaproponował Wydział Izby posłużenie się mnożnikiem przyjętym dla płac urzędniczych. Ponieważ atoli wysokość mnożnika nie jest dla wszystkich miejscowości jednakową, taryfa zaś powinna być jednolitą dla całego Państwa, wnosił Wydział przyjęcie za podstawę mnożnika, ustanowionego dla miasta Warszawy, i to w ten sposób, że poszczególne pozycje taryfy należałoby pomnożyć przez 5% mnożnika dla miasta Warszawy w danej chwili obowiązującego.

Oprócz pozycji za poszczególne czynności, taryfa winna, według przedstawionego przez nas projektu, obejmować:

1. Zwrot kosztów podróży i rzeczywiście poniesionych wydatków.
2. Djety dzienne.
3. Wynagrodzenie za stratę czasu (również z zatrzymaniem zasady 5% mnożnika).

W częściowem uwzględnieniu powyższego memorjału Izby, wydane zostało rozporządzenie Ministerstwa sprawiedliwości, normujące powyższe wynagrodzenie. Wprawdzie przedstawiony przez nas projekt nowej taryfy nie został w całej rozciągłości przyjęty, gdyż zasadniczo została utrzymaną dawna taryfa austrjacka z r. 1901, inne jednak nasze propozycje zostały, aczkolwiek także tylko częściowo, uwzględnione.

Z powodu licznych zapytań ze strony Kolegów, podajemy dosłowną treść powyższego rozporządzenia.

Rozporządzenie Ministerstwa Sprawiedliwości
z dnia 19 kwietnia 1921

wydane w porozumieniu z Ministrami Skarbu, Zdrowia Publicznego tudzież Rolnictwa i Dóbr Państwowych, w przedmiocie podwyższenia należytości znawców lekarzy i weterynarzy w b. zaborze austrjackim.

Na podstawie § 384 ustawy o postępowaniu karnem zarządza się, co następuje:

---

[1]) Jak widać z pism zagranicznych, tasama myśl poruszona została zagranicą: Effler proponuje w roku 1920 utworzenie podobnego instytutu w Niemczech; w Paryżu też postanowiono stworzyć tego samego rodzaju zakład imienia Laenneca z okazji stulecia istnienia auskultacji.

§. 1. Art. 1. rozporządzenia Ministra sprawiedliwości z dnia 14-go stycznia 1921. (Nr. 9. Dz. u. Poz. 51) otrzymuje brzmienie następujące:

„Należytości przewidziane w rozporządzeniu austr. Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 20-go marca 1901. Nr. 34 Dz. U. P. podwyższa się w ten sposób, że stawki koronowe zastępuje się dwudziestokrotną ilością marek polskich.

Stawki, przewidziane w art. 11 rozporządzenia z dnia 7-go sierpnia 1920 (Nr. 75 Dz. U. poz. 515), podwyższa się pięciokrotnie, jeśli znawca jest lekarzem lub weterynarzem. Przepis art. 15 tegoż rozporządzenia jest uchylony“.

§. 2 Rozporządzenie niniejsze obowiązuje w b. zaborze austrjackim i wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Izba lekarska Wschodniej Małopolski

We Lwowie, dnia 7-go stycznia 1922.

Prezydent Izby, Dr. *Papée*, m. p.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Towarzystwo lekarskie krakowskie nadało godność członków honorowych prof. St. Ciechanowskiemu i prof. A. Rosnerowi za wydatną i owocną pracę około rozwoju Towarzystwa.

Przy sposobności tego zaszczytnego i zasłużonego odznaczenia redakcja lwowska składa odznaczonym bardzo serdeczne życzenia.

Zmarły w Czerniowcach okulista dr. Antoni Świerzcho wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, zapisał dom swój (po wyjściu dożywocia rodziny) na dom słuchaczy Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Lwów.

III. Posiedzenie naukowe Tow. lek. lwowskiego odbędzie się dnia 27. b. m. o godz. 6-tej wieczorem w Poliklinice (ul. Lindego). Wykłady: O niedomaganiach i postulatach higjenicznych z powodu grożących epidemji *ex re* fali repatrjacyjnej: 1) w obrębie miasta Lwowa referują: a) Kol. Steusing ze stanowiska lekarskiego, b) inżynier Drexler, (jako gość) ze stanowiska technicznego; 2) na przedmurzu wschodniej Małopolski, kol. Palester, (jako gość).

Franke prezes. *Kmietowicz* sekretarz.

Warszawa.

Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich.

Na 28, 29. i 30. stycznia r. b. Związek miast Polskich zwołuje w Warszawie (Ratusz) zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich. Komitet organizacyjny Zjazdu wysunął nadzwyczaj aktualne sprawy doby obecnej:

1) Organizacja władz samorządowych sanitarnych miejskich i stosunek ich do władz państwowych.

2) Zaopatrywanie miast w dobrą wodę do picia i usuwanie nieczystości.

3) Zwalczanie chorób zakaźnych.

4) Propaganda i popularyzacja zasad higjeny.

Podniesienie stanu zdrowotnego naszych miast i miasteczek już oddawna stanowiło jedno z głównych zadań czynników rządowych, samorządowych i społecznych.

Wysiłki poszczególnych lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich częstokroć rozbijały się o cały szereg przeszkód nietylko natury fachowej, lecz i administracyjnej.

Zjazd, który ma się odbyć w końcu stycznia, właśnie ma na celu wyjaśnienie obecnego stanu zdrowotnego i opracowanie sposobów, aby ten stan sanitarny naszych miast i miasteczek doprowadzić do należytej wysokości.

(Biuro Zjazdu: Magistrat m. Warszawy. Oddział VI-ty).

W sprawie żółtaczki zakaźnej otrzymujemy następujący okólnik Ministerstwa zdrowia publ.:

Dalsze badania nad żółtaczką rozpowszechnioną na Wołyniu, dokonane przez bakterjologów Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Warszawie, wykazały, że choroba ta jest pochodzenia bakteryjnego. Za pomocą prób serodjagnostycznych w większości przypadków otrzymano swoiste odczyny ze szczepem, należącym do grupy paratyfusowej (Aertrycke). Prócz tego w jednym przypadku wyosobniono podobny szczep ze krwi. Pod względem obrazu klinicznego chorych na żółtaczkę paratyfusową podzielić można na dwie grupy. U jednych choroba ta rozpoczyna się gwałtownie od dreszczy i gorączki, trwającej od kilku dni do dwóch tygodni, bólów głowy i kończyn oraz zaburzeń kiszkowych, mianowicie zaparcia lub biegunki. U chorych tych żółtaczka występuje czasami już drugiego dnia choroby i wzmagając się, trwa w ciągu kilku tygodni, nawet po ustąpieniu wszelkich objawów. Do drugiej grupy zaliczyć należy przypadki lżejsze, rozpoczynające się od mdłości, bólów głowy, uczucia ucisku w dołku. W tych przypadkach żółtaczka rozwija się stopniowo, pod względem swej intensywności nie ustępuje jednak przypadkom cięższym. Ta kategorja chorych nie gorączkuje; czują się oni względnie dobrze.

Ponieważ żółtaczka paratyfusowa szerzy się przez bakterje, które są wydalane wraz z kałem i moczem chorych, przeto dla zwalczania choroby tej postępować należy tak, jak w durze brzusznym, mianowicie odkażać wydzieliny chorych.

Prof. Szymański prosi tych, którzy nabyli jego „Okulistykę w skróceniu“, o poprawienie omyłki na str. 37 w formule recepty Dufoura Nr. 3, mianowicie w dawce sublimatu: zamiast Hydrargyri subl. corr. 0·02, ma być 0·002.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Białostockie	Kieleckie	Krakowskie	Lubelskie	Łódzkie	Poleskie	Stanisławowskie	Tarnopolskie	Lwowskie	Warszawskie	Wołyńskie
za czas		29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921
Ospa	ch.	3 (1)	50 (33)	—	7 (0)	—	3 (0)	30 (10)	—	1 (1)	4 (2)	9 (0)
	ż.	—	3 (3)	—	—	—	—	—	—	—	1 (0)	—
Dur brzuszny	ch.	78 (2)	375 (29)	316 (46)	318 (12)	142 (og.36)	93 (3)	135 (12)	104 (7)	288 (51)	211 (8)	248 (6)
	ż.	13 (0)	36 (3)	4 (1)	31 (1)	39	3 (3)	20 (5)	12 (0)	89 (8)	15 (0)	45 (0)
Dur osutk.	ch.	182 (5)	23 (9)	24 (4)	70 (10)	6	67 (1)	63 (7)	82 (6)	169 (20)	47 (4)	87 (4)
	ż.	4 (0)	2 (0)	6 (1)	25 (0)	—	—	1 (0)	1 (0)	11 (1)	2 (1)	13 (1)
Dur powrotny	ch.	113 (2)	12 (1)	1 (1)	198 (8)	1	50 (0)	7 (0)	9 (0)	3 (0)	2 (0)	201 (7)
	ż.	2 (0)	—	—	34 (0)	1	8 (1)	—	—	—	—	21 (0)
Czerwonka	ch.	15 (0)	67 (9)	958 (324)	61 (2)	8 (og.3)	4 (1)	77 (27)	7 (5)	162 (62)	19 (2)	22 (0)
	ż.	2 (0)	1 (0)	16 (2)	—	1	2 (0)	1 (0)	—	6 (4)	2 (0)	—
Płonica	ch.	123 (4)	164 (24)	222 (38)	102 (27)	23 (og.6)	37 (2)	334 (63)	109 (31)	978 (167)	143 (11)	107 (7)
	ż.	22 (2)	10 (0)	10 (5)	80 (9)	20	24 (3)	86 (19)	36 (9)	109 (14)	18 (2)	63 (1)
Błonica	ch.	12 (0)	19 (2)	8 (3)	23 (3)	11 (4)	15 (0)	21 (5)	6 (2)	10 (3)	28 (4)	47 (1)
	ż.	—	—	1 (0)	6 (0)	2 (0)	9 (0)	—	4 (0)	4 (1)	4 (1)	12 (0)
Odra	ch.	168 (3)	71 (2)	138 (3)	92 (0)	56 (5)	18 (0)	34 (6)	192 (6)	186 (3)	28 (25)	231 (0)
	ż.	38 (2)	16 (3)	2 (0)	15 (0)	10 (0)	23 (0)	—	—	2 (0)	4 (0)	12 (0)
Krztusiec	ch.	3 (0)	2 (0)	1 (2)	2 (0)	4	9 (0)	30 (6)	26 (1)	25 (1)	4 (0)	69 (0)
	ż.	2 (0)	10 (0)	—	—	1	8 (0)	1 (1)	—	—	—	4 (0)
Zimnica	ch.	14 (0)	5 (0)	—	21 (0)	—	50 (0)	—	1 (0)	—	2 (0)	226 (0)
	ż	—	—	—	1 (0)	—	29 (0)	—	—	—	2 (0)	—
Gruźlica	ch.	4 (12)	0 (10)	1 (59)	20 (0)	15 (88)	6 (0)	10 (22)	21 (22)	32 (60)	17 (19)	11 (0)
	ż.	1 (3)	—	0 (5)	2 (0)	0 (13)	11 (1)	1 (1)	1 (17)	2 (7)	6 (0)	—
Nagminne zapalenie opon	ch.	1 (0)	—	—	1 (0)	0 (og. 3)	—	—	—	1 (1)	4 (0)	—
	ż.	—	1 (0)	—	0 (1)	3	—	—	—	—	1 (0)	—

Kraków miasto od 29. X. do 26. XI.: Płonica M. 53 (8), Zam. 6 (1). — Błonica M. 7 (0), Zam. 1 (0). — Dur brzuszny M. 32 (6), Zam. 21 (5) — Dur plamisty M. 4 (1), Zam. 1 (0). — Czerwonka M. 10 (4), Zam 7 (7). — Tężec Zam. 1 (1). — Nagminne zapalenie mózgu M. 2 (1), Zam. 0 (0).

Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. M. = miejscowi, Zam. = zamiejscowi.